



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

**A AÇÃO TERAPÊUTICA DA EMOÇÃO NO
ENFRENTAMENTO DO CâNCER.**

ALEXANDRE AUGUSTO BARROS VALLS

BRASÍLIA
JUNHO/2005

ALEXANDRE AUGUSTO BARROS VALLS

**A AÇÃO TERAPÊUTICA DA EMOÇÃO NO
ENFRENTAMENTO DO CÂNCER.**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia
do Centro Unversitário de Brasília –
UniCEUB. Professor orientador Dr.
Fernando Luis González Rey.

Brasília/DF, Junho de 2005

Dedico esta monografia à Vera, à Marizélia, aos meus amigos voluntários e a todos os pacientes acompanhados pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília os quais em momentos difíceis, marcados por uma relação mútua de medo, temor, descontrole, indignação, ansiedade, expectativas, esperança, alegrias e fé proporcionaram-me o contato com a verdadeira vida e a aprendizagem de que a atenção, o afeto e o silêncio vão muito além das palavras.

Agradeço primeiramente a Deus pela força, pela esperança e pela coragem durante esta caminhada.

Sou muito grato a meu pai e a minha mãe pela inspiração, garra, determinação, sabedoria, amor e carinho, a minha família e aos meus irmãos, à Riane pelo eterno carinho, a Vera e Marizélia que com sabedoria, humildade, amor e carinho a cada momento transformam minha vida, a Maritza e a todos os meus amigos de rosa que com amizade, alegria e coragem transformam a vida de muitos pacientes com câncer.

A todas estas pessoas, o meu sincero carinho, gratidão e agradecimentos.

SUMÁRIO

Resumo.....	05
Introdução.....	06
Capítulo I – Fundamentação Teórica.....	08
Capítulo II – O Método da Pesquisa.....	26
2.1 – Fundamentos da opção metodológica.....	26
2.2 – Explicitação do cenário de pesquisa.....	30
2.3 – Descrição das atividades de campo.....	31
2.4 – Descrição dos instrumentos realizados.....	34
2.5 – Sujeito pesquisado.....	35
2.6 – Metodologia adotada para a construção da informação.....	36
Capítulo III – Construindo a Informação.....	38
3.1 – Apresentando o estudo de caso.....	38
3.2 – A primeira impressão.....	39
3.3 – 1º Unidade de Reflexão.....	40
3.4 – 1º Unidade de Construção.....	41
3.5 – 2º Unidade de Reflexão.....	44
3.6 – 2º Unidade de Construção.....	45
3.7 – 3º Unidade de Reflexão.....	48
3.8 – 3º Unidade de Construção.....	50
3.9 – Considerações Finais.....	54
Conclusão.....	56
Apêndice.....	61
Apêndice I – Consentimento Livre Esclarecido.....	61
Anexos.....	62
Anexo I – Completamento de Frases.....	62
Anexo II – Transcrição da Entrevista semi-estruturada.....	64
Referências Bibliográficas.....	75

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma análise, por meio de um estudo de caso real, da importância de fatores de natureza emocional na configuração de sentidos subjetivos, que possibilitam ao paciente oncológico analisado, configurar estratégias de posicionamento e enfrentamento ativas e positivas, frente à difícil realidade imposta pelo câncer. O trabalho será iniciado por uma fundamentação teórica acerca do objetivo proposto. Após a contextualização teórica, será descrita a metodologia da pesquisa de campo que orientará o proposto estudo de caso. Concluindo, será realizada a construção da informação construída no momento de pesquisa, a qual será efetuada por meio de uma análise construtiva-interpretativa para promover o avanço da compreensão do objetivo do trabalho proposto.

INTRODUÇÃO

O presente estudo surge ao longo de um período de estágio intenso e reflexivo de quatro semestres contínuos, na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília (R.F.C.C), no trabalho voluntário de assistência social e emocional a mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama, internadas e sob tratamento no Hospital de Base de Brasília (HBDF). Mulheres que quase sempre encontram-se em estágio muito avançado da doença, marcado pela difícil luta contra as chamadas metástases, as quais muitas vezes, pude perceber que não só atuavam destruindo inúmeros e diferentes órgãos, mas também famílias, sorrisos, esperanças e sonhos.

Atuando em inúmeras situações, não só como estudante de psicologia, mas como um amigo em momentos difíceis, permeados e marcados por uma relação recíproca e mútua de medo, temor, descontrole, indignação, ansiedade, expectativa, esperança, alegrias e fé. Por muitas vezes pude perceber, sentir, vivenciar e acompanhar histórias, batalhas, derrotas e vitórias de mulheres simples, desconhecidas e valentes.

Batalhas marcadas não só pela dificuldade social e pela difícil realidade das intervenções cirúrgicas, quimio e/ou radioterápicas, mas também por arrependimentos, mágoas, culpas, abandono, descaso, ansiedade, temores, preocupação, lembranças, saudades, expectativas, tristezas, alegrias, esperanças e fé. Mulheres Guerreiras que além do abandono, descaso, preconceito e pobreza, travam difíceis batalhas contra si próprias, buscando alívio e cura. Objetivos que muitas vezes pude presenciar e sentir que ultrapassavam a barreira do corpo, transcendendo a busca de uma auto-realização e a confrontação com uma totalidade sistêmica da vida.

Com o contato com essas guerreiras, pude perceber a força do arrependimento, do perdão, do sorriso, da alegria, do carinho, da atenção, da vontade de viver, da esperança, da espiritualidade e da fé no tratamento e enfrentamento do câncer. Forças que parecem atuar na realidade emocional, afetiva e física-corporal e espiritual dessas grandes mulheres, por meio de um movimento natural, direcionado ao encontro do próprio eu e à percepção evidente de si mesmas como personagens centrais e mais importantes de suas próprias vidas.

Percepção que no presente estudo, por meio de um intenso processo reflexivo, configurou-se na tentativa de buscar e compreender como a atuação de nuances humanas como alegria, atenção, perdão, compaixão, afeto, amor, espiritualidade, religiosidade, esperança e fé,

podem constituir um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos. Promovendo a compreensão de medos, temores, rancores, mágoas, ressentimentos, vergonhas, culpas de forma a configurar novos sistemas de significados e sentidos, direcionados para a compreensão e aceitação da doença, para o resgate da auto-estima, imagem e identidade, para o contato e resgate do eu, para a melhoria na qualidade de vida e para a auto-realização.

Perspectiva que, em meio a um intenso confronto entre o diálogo teórico e a experiência real, trouxe a percepção neste estudo, de que o câncer é uma doença que em sua formação, surgimento, desenvolvimento, enfrentamento e tratamento, extrapola uma visão puramente biológica, transpassando de forma não linear o homem em suas dimensões Bio-psico-sócio-cultural e espiritual, atuando em uma totalidade sistêmica do ser humano. Constituindo-se através de uma interação não linear, complexa e dialética entre a subjetividade social e individual, fonte de diferentes processos psíquicos que atuam de maneira a constituir a constante produção de sentidos e significados. Perspectiva que nos leva a pensar em um tratamento do câncer que atue na esfera subjetiva do homem, superando as intervenções propostas a partir de uma visão puramente biomédica.

Novo olhar, que no presente estudo nos lança a uma realidade complexa, determinada pela exploração e busca constantes de compreensão do ser humano, por meio de uma visão voltada para o cenário subjetivo e a uma nova perspectiva de modelo científico, o qual possibilite buscar e compreender o ser humano em todas as suas diferentes facetas, por muito obscurecidas por uma perspectiva moderna de ciência.

Proposição que por meio de um processo reflexivo e contínuo configurado em meio a inquietações, trouxe neste estudo a busca por uma metodologia qualitativa de pesquisa, possibilitando o entendimento de como fatores de natureza emocional, podem atuar em meio às interações complexas entre as subjetividades social e individual, de maneira a promover e a configurar novos sistemas de significados e sentidos, direcionados para uma ação terapêutica profunda que permita ao sujeito, por meio da emoção, configurar um sentido subjetivo efetivo à cerca da sua doença, de forma a expressar processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer.

CAPÍTULO I

Fundamentação Teórica

Podendo ser considerada uma das mais temidas doenças da atualidade, o câncer ainda desperta grande medo, incerteza e indeterminação. A ciência na busca de desvendar o câncer, faz a cada momento, inúmeros avanços e descobertas nos mais diversos campos. Porém, ainda não consegue entender de forma precisa sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico, realidade que revela a complexidade dessa doença, a qual constitui-se como uma das mais importantes causas de mortalidade em todo o mundo.

Através dos inúmeros estudos científicos já realizados acerca das doenças oncológicas, segundo o manual do paciente¹, é de comum acordo que o câncer trata-se de uma doença de caráter degenerativo, resultante do acúmulo de lesões no material genético das células, atuando de maneira a induzir o processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal e desordenada das células.

Por meio dos vários estudos e pesquisas na área oncológica, foram obtidas importantes descobertas no campo das pesquisas biomédicas acerca do funcionamento orgânico implicado nas doenças oncológicas, as quais possibilitaram um amplo conhecimento acerca das categorias, tipologias e características e formas de tratamento do câncer. Porém, dos aproximadamente 200 diferentes tipos de câncer existentes, ainda não se é possível identificar com precisão sua etiologia e a sua cura.

Contudo, apesar de se saber muito acerca da tipologia, da origem, da localização e do funcionamento orgânico das células, ainda não se sabe de forma definitiva o que impulsiona o comportamento disfuncional das células cancerígenas.

Por muito se tem procurado através de uma ciência, centrada em fundamentos biomédicos organicistas, encontrar-se a causa definitiva da característica central do câncer. Busca-se então, o ponto que impulsiona a metamorfose carcinogênica na célula, a qual se atribui a responsabilidade do crescimento desordenado e anormal das células presentes no corpo.

Esse esforço trouxe um amplo conhecimento acerca dos estágios orgânicos do câncer e possibilitou a detecção de suas características de malignidade (tumor benigno ou maligno), crescimento, comportamento e dispersão (metástase). Isso trouxe, indiscutivelmente,

¹ Manual do Paciente – Formulado pelo Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer (NAPACAM).

desenvolvimento nos campos de diagnóstico, tratamento e prognóstico e no estudo dos agentes carcinogênicos.

Impulsionada por essas descobertas, a ciência biomédica construiu grandes avanços nas modalidades orgânicas de diagnóstico e tratamento. O amplo conhecimento sobre os estágios e características dos oncogenes possibilitou, através de modalidades terapêuticas como biopsia, cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia biológica, o aumento na possibilidade de tratamento e cura.

O grande esforço empregado na busca de agentes cancerígenos (carcinogênicos) trouxe avanço significativo no campo de prevenção do câncer, sendo identificado além de uma predisposição genética, fatores que podem desencadear um processo cancerígeno. Por meio destes estudos, segundo o manual do paciente², foi detectado que fatores biológicos (certas infecções por vírus ou bactérias), agrotóxicos, agentes químicos, poluentes atmosféricos, alcoolismo e tabagismo, exposição prolongada e excessiva ao sol e má alimentação, podem de forma direta desencadear o câncer.

Apesar da inumerável contribuição destas descobertas, ainda não se foi possível determinar a etiologia definitiva do câncer, pois nem todos os casos de cânceres advêm destas origens, o que traz a angústia de se deparar com a realidade de que existe uma gama de fatores internos e externos, muitos deles ainda desconhecidos. Esses são fatores que podem contribuir para uma seqüência de eventos que propiciem o desenvolvimento do câncer, bem como possam ser a chave para a possibilidade de cura do câncer.

Movido por esta angústia, a ciência moderna produz seus conhecimentos e pesquisas acerca das doenças oncológicas sob as bases de um paradigma moderno e dominante de ciência, erguido através da evolução do pensamento racional e objetivo.

A partir deste pensamento, a ciência moderna construiu por meio de uma visão racional e objetiva de conhecer a realidade e por influência do positivismo, um paradigma dominante. Esse ergueu suas bases sob o ideal de que a realidade está pronta, tornando o mundo passível de ser totalmente descoberto por meio de leis criadas pelo rigor científico. Ideal esse que torna possível a explicação dos mais inimagináveis fenômenos por meio da descoberta de verdades absolutas, as quais são passíveis de serem identificadas de maneira confiável e precisa através de pressupostos básicos como a racionalidade e a objetividade.

² *idem*

O paradigma dominante, por meio da constante busca da razão e objetividade, formula leis universais que transformam-se em dogmas e em verdades absolutas. Transforma assim, a realidade em algo estático, a-histórico e homogêneo, a qual não pode ser modificada, somente conhecida.

Essa visão que nos dias de hoje ainda impera com extrema dominância, configura por meio de sua rígida e estreita forma de vislumbrar a realidade, a maneira universal e correta de se produzir conhecimento científico.

A maneira universal de produzir conhecimento é expressada por meio de construções orientadas e norteadas pelo pensamento de que todos os fenômenos podem ser explicados pela lógica, pela objetividade e pela razão. Essa maneira, de acordo com Camargo Jr. (1992), é marcada pela busca incessante, caracterizada por vasculhar e destrinchar o problema até a sua “origem” por meio de uma visão estruturalista, mecanicista organicista. Isso torna os mais diversos fenômenos em coisas fixas, concretas e imutáveis, passivas de universalizações e generalizações e transforma todas as inquietações e problemas humanos passíveis de uma simples correção e intervenção concreta e universal.

Acerca das características impostas por este paradigma moderno e dominante, nas construções de conhecimento González Rey (2003) reflete que:

A institucionalização de construções universais, consideradas como verdadeiras levam a um hermetismo epistemológico, no sentido de que qualquer diferença com os princípios fundadores não é assimilada pela teoria e conduz a uma ruptura com ela (p. 71).

Dentro das mais notáveis descobertas e conquistas atuais norteadas por este paradigma moderno de ciência, pode-se citar o mapeamento do genoma humano, descoberta que desencadeou a possibilidade de explicação dos mais inimagináveis fenômenos humanos por meio da genética. Constitui talvez na atualidade, a supremacia do orgânico e biológico sobre as demais características e nuances humanas.

Infelizmente, porém, esta notável conquista ainda não leva à cura tão almejada do câncer. Isso traz então, a reflexão de que talvez o âmago desta doença não esteja somente atrelado a fatores exclusivamente genéticos, orgânicos e biológicos.

Camargo Jr. (1992), aponta de forma precisa, por meio de sua reflexão acerca da definição de doença em uma perspectiva biomédica, a realidade da supremacia do paradigma moderno nas produções científicas no campo da saúde humana na atualidade, refletindo:

As doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (p.205).

Ainda nesta linha de raciocínio o referido autor traz a reflexão de que categorias fundamentais como sofrimento, saúde, homem, vida, cura em uma proposição de medicina em um paradigma moderno, encontram-se marginalizadas no campo do imaginário sendo desvalorizadas e empurradas ao terreno da metafísica. Portanto, doenças que não se encontram passíveis de uma explicação puramente racional, objetiva e orgânica, são postas de lado como não científico, tornando-se alvo de maciça e cega “farmacologização”, em nome da hegemonia da ciência amparada por um paradigma moderno e dominante.

Dentro desta realidade em concordância com Camargo Jr (1992), temos a angustiante realidade de que o trabalho médico em sua totalidade encontra-se voltado para a identificação e eliminação, quando possível, de doenças e de lesões. Há o questionamento de que tudo o que está além desta totalidade é secundário, inclusive o indivíduo, que é visto como uma pessoa que incidentalmente, traz a doença.

Acerca deste raciocínio Camargo Jr (1992) apud Clavreul (1983), concluindo que:

(...) O saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. (...) Mas o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto. Para poder constituir a doença como objeto de estudo foi preciso entificá-la, constituí-la como um ser, reconhecível em suas manifestações ‘semelhantes’ de um doente a outro (p.210).

Conclusão que traz o questionamento de que as construções médicas acerca das doenças oncológicas, bem como as demais, em um paradigma moderno, fazem-se por meio de categorias a serem construídas de forma a excluir os indivíduos acometidos. Essa exclusão sustenta a fuga deste paradigma em se deparar com pressupostos epistemológicos que fatalmente levariam a sua desconstrução. O que facilmente pode ser exemplificado pelo questionamento de que em meio aos fatores puramente orgânicos das doenças oncológicas existem os fatores psicossociais e a supremacia de uma totalidade sistêmica do ser humano.

Pode-se refletir de forma a facilmente lembrar que o câncer muitas vezes está atrelado a fatores de caráter subjetivos como estilo de vida, vivências de tensões emocionais e episódios

traumáticos. São Fatores que demandam um repensar epistemológico acerca do paradigma dominante por necessitarem de um “mergulho” a características e variáveis obscurecidas e marginalizadas por este paradigma, como, por exemplo, o caráter irracional, imprevisível, incompreensível, subjetivo, histórico-cultural, não linear, não dicotomizado, dialético e complexo da doença, do ser humano e da realidade.

Questionamento que Neubern (2004), por meio de sua analogia com o mito de Narciso, exemplifica de forma precisa as conseqüências de um repensar acerca do paradigma dominante:

Pode-se considerar que a ciência moderna efetivou todos os esforços para que, como Narciso, não enxergasse o reflexo de sua própria imagem em algum espelho. Da mesma forma que como o mito, observar e admirar a própria imagem acarretaria na fatalidade da destruição (p. 21).

O repensar epistemológico e o olhar para si que podem acarretar a emersão de conceitos obscurecidos e marginalizados que inevitavelmente levariam a destruição da ciência como ela é concebida hoje, pelo paradigma dominante.

Porém, cabe também a reflexão apontada por Justo³, de que não se pode negar que por meio de um modelo biomédico de ciência, orientado por estudos organicistas, obteve-se, através dos avanços das práticas de diagnóstico e tratamento médico, uma considerável elevação na taxa de sobrevivência entre os que sofrem de doenças oncológicas.

Reflexão que leva facilmente a inferir que a medicina, através de suas modalidades terapêuticas no tratamento do câncer, tenha de forma direta aumentado a sobrevida e a perspectiva de cura das pessoas afetadas por doenças oncológicas. A duras penas, porém, exemplificadas pela difícil realidade do enfrentamento e da submissão destas pessoas a tratamentos como cirurgias mutiladoras e intervenções quimio e/ou radioterápicas.

Duras penas, que por meio dos inúmeros e difíceis efeitos colaterais orgânicos e psicossociais gerados por essas modalidades terapêuticas, bem como pela supremacia de uma visão biológica do ser humano, traz à luz o questionamento das graves conseqüências para os processos implicados no tratamento e reabilitação do paciente oncológico. Essas causam, trazendo muitas vezes, graves implicações em processos fundamentais na luta contra o câncer como, por exemplo, nos processos de melhoria da qualidade de vida e nos processos de aceitação da doença.

³ *ibid* Dias & Durá (2002)

Os questionamentos refletem diretamente a tendência atual da oncologia em deixar de ser uma especialidade exclusivamente médica, dando espaço aos mais diferentes campos da ciência. Essa tendência é retratada no reflexo do empenho das diferentes construções em psicologia como por exemplo, o empenho da psicossomática, da psiconeuroimunologia, da psicologia hospitalar, da psicologia da saúde e da psicooncologia na busca de avanços e descobertas que minimizem os efeitos e as angústias herdadas pelos efeitos “colaterais” do modelo biomédico e de um paradigma dominante de ciência. Buscam, também, novas descobertas nos campos da prevenção, da etiologia, do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico das doenças oncológicas.

A realidade que surge é impulsionada pela necessidade de se criar e oferecer alternativas e soluções aos efeitos colaterais orgânicos e psicossociais gerados por essas modalidades terapêuticas e por um referencial de orientação estritamente biomédico.

Impulsionada por esta perspectiva e pela difícil realidade do tratamento e percepção das doenças oncológicas, bem como principalmente da necessidade de se posicionar frente aos efeitos psicossociais implicados e gerados nas atuais formas de tratamento e pelo estigma que permeia o câncer, a psicologia nos mais diversos referenciais e posicionamentos teóricos, lança-se frente aos desafios impostos pelas doenças oncológicas.

A necessidade se reflete no esforço e preocupação da psicologia em lançar-se segundo Ibáñez, Valentine & Soriamo⁴, no intuito de ajudar acerca dos processos de adaptação impostos pelo diagnóstico e enfrentamento das doenças oncológicas. Desse modo busca-se que eles transcorram de maneira mais suave possível e possibilitem o menor custo psicológico para os pacientes oncológicos, bem como para seus familiares.

É lançada a reflexão de que a psicologia desenvolve-se no campo da oncologia no esforço de minimizar a instabilidade emocional inerente ao processo em que não só a doença se torna um desafio ao paciente oncológico, mas também a submissão aos próprios tratamentos emergem como um grande desafio.

Tais desafios são exemplificados, segundo Justo⁵, pelas dificuldades impostas nos processos de confronto e adaptação à doença oncológica; submissão muitas vezes por períodos prolongados de tratamento; dificuldade de gestão do stress associado à submissão a procedimentos evasivos inerentes aos exames médicos; preparação para a cirurgia e gestão da

⁴ *iden*

⁵ *ibid iden*

ansiedade pré-operatória; dificuldades psicológicas e relacionais especificamente relacionadas com mutilações corporais; problemas de adesão à terapêutica farmacológica e seus efeitos colaterais; por alterações de humor e comportamento, incluindo ansiedade, desmotivação e depressão e pelo estigma da doença.

Dificuldades inerentes e específicas às doenças oncológicas que impõem a necessidade da criação de uma área específica de suporte ao paciente oncológico, que atue de forma a minimizar e trabalhar os graves efeitos colaterais orgânicos e psicossociais impostos pelo tratamento e enfrentamento do câncer.

Essa necessidade é advinda das particularidades inerentes às doenças oncológicas que demanda a produção de teorias e métodos a partir de um referencial teórico permeado por objetivos específicos e expresso por ideais trans e interdisciplinares. É preciso que atuem de forma a suprir a angustiante necessidade de produzir conhecimento acerca do câncer, que trabalhe de forma efetiva os fatores psicológicos acerca das perturbações psicossociais associadas ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, bem como na promoção da melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico.

Como reflexo desse esforço podemos apontar a psicooncologia, a qual segundo Mannino⁶, desponta como um campo de estudo focado em aspectos psicossociais inerentes aos processos de desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes oncológicos. Isso por meio de um trabalho voltado para o fornecimento de subsídios à assistência global de pacientes oncológicos, de sua família e da equipe de profissionais que interagem com o mesmo.

Como principais diretrizes de ação da psicooncologia pode-se evidenciar, segundo Trill⁷, o tratamento de problemas relacionados ao enfrentamento da doença, à aderência ao tratamento, às alterações psicofisiológicas, à relação do paciente com a equipe médica, aos diagnósticos diferenciais, à reabilitação e à prevenção.

Portanto, de acordo com Mannino⁸, pode-se inferir que a psicologia, em meio à oncologia, desponta como uma ferramenta indispensável na promoção de qualidade de vida ao paciente oncológico atuando de forma a desencadear, um processo de elaboração ativo, dos eventos desgastantes inerentes ao diagnóstico, bem como ao próprio tratamento.

⁶ MANNINO, Carla Rosa – Artigo: Psicologia e Câncer. Retirado do site: www.clinionco.com.br no dia 14/02/2005.

⁷ *Ibid* Dias & Durá (2002)

⁸ MANNINO, Carla Rosa – Artigo: Psicologia e Câncer. Retirado do site: www.clinionco.com.br no dia 14/02/2005.

Contudo, apesar das inúmeras contribuições e dos grandes benefícios alcançados pela psicooncologia, bem como nos mais diversos referenciais e posicionamentos teóricos em psicologia voltados para as doenças oncológicas, estes esforços ainda não suprem a totalidade das necessidades de um modelo, que enfoque todas as diferentes e diversas nuances contidas nas doenças oncológicas.

Uma realidade que talvez se expresse e se justifique por meio dos resquícios de um viés racionalista e objetivista, impostos pelo paradigma dominante de ciência. Esses resquícios transpassam as mais diferentes e diversas formas modernas de pensar, refletir e produzir conhecimento psicológico acerca do câncer.

Herança que, segundo Neubern (2004), expressa-se nas construções contemporâneas de conhecimento psicológico que refletem a tentativa da psicologia moderna em ser reconhecida em meio à ciência. Tal tentativa é marcada pela imposição do paradigma dominante em estudar o universo da subjetividade inerente ao homem e a realidade por um viés de objetividade e racionalidade, o que foi tentado pelas mais diversas escolas da psicologia moderna.

A psicologia moderna no afã de se enquadrar a esta imposição em busca de um reconhecimento científico, desenvolve explicações generalistas por meio de construções teóricas que se caracterizam pelo objetivo de delimitar a totalidade dos fenômenos humanos, construindo sentidos universais que contemplem a totalidade das diferentes nuances humanas.

González Rey (2003), em reflexão às características da psicologia moderna erguida sobre as bases do paradigma dominante, *apud* Giorgi (1978):

A abordagem da psicologia entendida como ciência natural, caracteriza-se essencialmente por ser empírica, positivista, reducionista, quantitativa, genérica, determinista e previsível, e por postular as idéias de um observador independente (p. 71).

As características remetem a um comprometimento direto da noção de sujeito e subjetividade, determinando a falta de autonomia do ser humano em gerar seus próprios sentidos nas mais diversas construções e reflexões teóricas em psicologia. Neste sentido, a psicologia moderna impõe sentidos ao ser humano, enquadrando-o em leis deterministas e universais.

Esse fato revela a grande contradição de que na busca maciça e cega de automatizar o ser humano, transformando-o em senhor de si e agente da sua própria história, acaba por sujeitá-lo a sentidos e características que não lhe são legítimas, trazendo à tona a angustiante percepção de que a psicologia moderna não consegue contemplar o seu objeto de estudo.

Acerca deste questionamento, Neubern (2004) traz a reflexão de que o objeto de estudo da psicologia em uma perspectiva moderna foi por ela própria marginalizada, chegando ao ponto da psicologia se propor a estudar “a alma sem a alma”, constatação que se justifica por meio da desconsideração por parte da psicologia moderna de que o ser humano é histórico e dinâmico e, por isso, caracteriza-se por ser construtor ao mesmo tempo em que é construído pelas dimensões biológicas, sociais e culturais. Dimensões as quais não esgotam e não explicam a totalidade do ser humano.

Perspectiva que traz à luz da consciência de que, ao impor sentidos universais aos sujeitos, a psicologia moderna, nas suas construções acerca das doenças oncológicas bem como nas suas outras áreas de estudo, marginaliza a própria condição de existência do ser humano. Realidade que se expressa pela angustiante constatação de que a psicologia moderna nos seus mais variados enfoques teóricos e campos de estudos, propõem-se a estudar o sujeito sem o sujeito.

Realidade que indiscutivelmente cria a necessidade da criação de um novo paradigma de ciência e de psicologia, por meio do repensar do que foi obscurecido e marginalizado pelo paradigma dominante, o qual impera até os dias atuais na construção de conhecimento na psicologia moderna.

Esse novo repensar desponta no campo da psicologia por meio de uma nova proposição de paradigma voltada para o estudo da subjetividade, marcado pela realidade complexa da subjetividade, do ser humano e da realidade em todas as suas dimensões e pela emersão do sujeito como ser ativo e produtor de sentido.

Nova proposição que, segundo González Rey (2003), tem início na percepção de que processos, até então considerados excludentes entre si para as psicologias modernas, tais como as clássicas dicotomias entre a mente e o corpo, o cognitivo e o afetivo, o social e o individual imperantes no paradigma dominante, interagem e se configuram de forma dialética e não linear, superando as dicotomias clássicas. Percepção que pode ser considerada como a idéia percussora de um caráter cultural da psique. Acerca desta perspectiva de trabalho o referido autor reflete:

A superação dessas dicotomias e o trânsito para uma visão de homem permitiram superar a idéia de uma natureza humana inerente ao indivíduo (...). Essa transformação facilitava uma representação da psique humana como processo subjetivo, instância em

que o social e o biológico não desapareciam, mas entravam como momentos de um novo sistema qualitativo (p. 77).

Ou seja, de acordo com González Rey (2003), o ser humano começa a emergir em um paradigma em que ele pode ser considerado como uma construção e agente construtor das instâncias sociais, biológicas, emocionais e culturais, de forma a não se esgotar nestas por atuar como agente construtor deste sistema, deixando de ser visto como um ser estritamente quantitativo com características inerentes a serem descobertas e quantificadas e passa a ser vislumbrado como um momento configuracional com bases qualitativas. Há o questionamento da relação do social com o psicológico por meio de uma “divisão mecanicista da externalidade”.

Acerca do desdobramento destas perspectivas, González Rey (2003) aponta que, por meio da evolução do pensamento de Castoriadis acerca do conceito de práxis, foi possível romper com um conceito dominante de que a realidade encontra-se pronta e acabada, sendo passível da simples descoberta e quantificação para se obter as mais inimagináveis repostas dos mais diversos fenômenos, passando para a compreensão de uma realidade processual e inacabada, invertendo a lógica da construção de conhecimento, orientando a construção do conhecimento para a qualificação do objeto de estudo. Fazendo necessário e trazendo em uma concepção pós-moderna, a subordinação do referencial teórico à capacidade geradora do sujeito; invertendo portanto, a lógica do paradigma dominante.

Dentro desta nova perspectiva o homem em sua totalidade emerge no papel central em um paradigma pós-moderno, conversão em que González Rey (2003), reflete:

(...) os indivíduos, convertidos em sujeito de suas ações sociais, podem tornar-se núcleos centrais do processo de subjetivação social que conduzam a mudanças sociais (p. 116).

A subjetividade, em congruência com González Rey (2003), apresenta-se como uma nova perspectiva de paradigma que aponta por meio do desdobramento e da evolução do pensamento das questões até então marginalizadas pelas atuais formas dominantes de produção de conhecimento, culminando na atualidade, no rompimento da dualidade entre o social e o individual ao superar a concepção de que o social era visto como algo externo ao sujeito, o qual deveria internalizá-la. O que, em um paradigma pós-moderno, propiciou a superação de compreensões simplistas do caráter subjetivo, o qual até então era compreendido e estudado como algo internalizado e inerente ao ser humano, passando a ser visto como um processo de inter-relação complexa entre o social e o individual.

A subjetividade para González Rey (2003) é entendida e descrita como:

(...) é um sistema complexo produzido de forma simultânea no nível individual e social, independentemente de quem em ambos os momentos de sua produção reconhecamos sua gênese histórico-social, isto é, não associada somente às experiências atuais de um sujeito ou instância social, mas a forma em que uma experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual (p.202).

De acordo com a definição exposta acima, pode-se inferir que nesta concepção teórica o sujeito eleva-se ao status de agente, o que pode ser concluído pelo fato de que o sujeito, ao mesmo tempo em que é constituído pela cultura é, também, construtor de si e da própria cultura, já que seu sentido não se esgota nas significações e sentidos dados pelo simbolismo cultural.

Tal status é apresentado por González Rey (2003) por meio do conceito de subjetividade individual, cuja diferença caracteriza-se pela representação da forma de organização dos indivíduos concretos, a qual se dá por meio da forma singular onde se mesclam a história de vida do sujeito com a sua cultura, ou seja, apresenta-se pela forma singular em que o indivíduo constrói seus sentidos subjetivos a partir de suas experiências.

Orientado por este pensamento e perspectiva, González Rey (2003) também apresenta os espaços sociais como agentes de significação e sentido por meio do conceito de subjetividade social, caracterizando-se pela forma da organização do tecido social, o qual se dá através da integração de elementos de sentido subjetivo produzidos em diferentes instâncias sociais e simbólicas que caracterizam os espaços sociais no seu momento atual de fundamento.

Perspectiva que o referido autor apresenta por meio da seguinte reflexão:

Da perspectiva de subjetividade social, os processos sociais deixam de ser vistos como externos em relação aos indivíduos, ou como um bloco de determinantes consolidados que adquirem o status do "objetivo" diante do sujeito individual, para serem vistos como processos implicados dentro de um sistema complexo, a subjetividade social, da qual o indivíduo é constituinte e, simultaneamente, constituído (p. 202).

Ponto em que se destaca o rompimento desta proposição teórica com as dicotomias clássicas antes existentes em um paradigma dominante, dicotomias como social-individual, cognitivo-afetivo. O rompimento se justifica pela percepção de que estes processos relacionam-se de forma dialética, não-linear e complexa sem que um se esgote no outro.

A proposta ganha apoio, força e vida na expressão de uma subjetividade por meio do conceito de sentido. O sentido, por meio de uma instância social, é construído a partir do lugar do sujeito nesta experiência e seus sentidos construídos em espaços sociais.

Pode-se inferir, portanto, que a capacidade geradora do sujeito e do social emerge em uma perspectiva pós-moderna pela noção de agentes de sentido e significação, a qual constitui-se por meio de uma construção complexa de zonas de sentidos configuradas em meio aos processos de interação dialética e não-linear entre o biológico, o psicológico, o social, o cultural, o emocional, etc, desdobrando-se como elementos organizadores da sociedade e da psique.

Perspectiva que aponta a possibilidade do surgimento de novas tendências de construções em psicologia surgindo na tentativa de suprir as necessidades de se posicionar frente às doenças oncológicas por meio de um viés sistêmico. Esse propicia, por meio da abertura, a ações trans e multidisciplinares, bem como através de novas perspectivas de paradigmas, de pesquisa e de ação, à objetivação da busca de um tratamento efetivo através da integração de todas as nuances que permeiam o surgimento e o enfrentamento das doenças oncológicas.

Dentro destas novas possibilidades, destaca-se a perspectiva pós-moderna de González Rey (2003), a qual apresenta, por meio de uma discussão acerca dos processos e formas de organização da psique humana, o conceito de subjetividade sob uma perspectiva dialética complexa dentro de uma representação histórico-cultural. Apresenta a proposta de como trabalhar a questão da subjetividade e do sujeito, em psicologia, de forma orientada a um paradigma pós-moderno de saúde.

Podemos destacar como principais contribuições de González Rey na formulação de um novo paradigma em saúde, as suas construções acerca das noções de sujeito, complexidade, subjetividade, personalidade, emocionalidade, sentido subjetivo e a importância do social na saúde humana.

As construções possibilitam o entendimento da constituição dos processos de saúde e/ou adoecimento por meio da interação dialética, não-linear, não unilateral e complexa do indivíduo com o social. Trazendo o entendimento que a constituição de ambos os processos dependem das diferentes formas de interação e de relação entre o individual e o social.

Esta nova visão destaca-se pela percepção ativa do sujeito nos processos de saúde e de adoecimento, pela característica complexa, multidimensional, diferenciada, contraditória e ativa

desses processos, bem como emergência da dimensão social da saúde, na etiologia e na evolução das doenças.

A sociedade, de acordo com González Rey (2004), por meio dos disponíveis recursos e instâncias de organização, define um conjunto de condições que indireta ou diretamente influem na saúde humana, bem como a formação de um sentido subjetivo das atividades que compõem o modo de vida.

Pode-se inferir, portanto, que a saúde dentro das proposições teóricas apresentadas até então, emerge pela consideração do conceito de saúde como um processo subjetivo complexo, marcado pela integração funcional de fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos, obtida individualmente pela participação ativa e consciente do sujeito no processo.

O processo emerge por meio da configuração de zonas de sentido advindas da interação e da inter-relação entre a subjetividade social e a individual, culminando na formação de sentidos subjetivos que permeiam o desenvolvimento e direcionamento de processos de saúde e/ou doença.

Proposição teórica que possibilita visualizar o câncer como uma doença em que sua formação, surgimento, desenvolvimento, enfrentamento e tratamento transcendem uma visão puramente biológica, transpassando de forma não linear o homem em suas dimensões Bio-psico-sócio-cultural e espiritual, atuando na totalidade sistêmica do ser humano.

Constitui-se através de uma interação não linear, complexa e dialética entre a subjetividade social e individual, fonte de diferentes processos psíquicos que atuam de maneira a formar a constante produção de sentidos e significados que podem dar origem a configurações subjetivas. As configurações contribuem para uma seqüência de eventos que propiciam o desenvolvimento de doenças oncológicas, bem como podem representar configurações que possibilitem, por meio de um sentido subjetivo efetivo a possibilidade de “cura” do câncer.

A perspectiva é expressada por González Rey (2004), através da noção de que os processos de saúde e de adoecimento emergem na pós-modernidade como processos complexos, multidimensionais, diferenciados, contraditórios e ativos, superando por meio da quebra das clássicas dicotomias entre mente-corpo, social-individual a insustentável e angustiante visão simplista de saúde expressa pela inexistência de sintomas.

De acordo com González Rey (2004), podemos inferir que neste conceito de saúde, o sujeito passa a ser um agente configuracional de seu estado de saúde por meio do

desenvolvimento e da forma de mobilização de suas capacidades biológicas, psicológicas e sociais mediante as múltiplas alternativas impostas e construídas nas múltiplas configurações geradas na subjetiva interação entre o individual e o social.

Ainda segundo González Rey (2004), as múltiplas configurações constituídas na integração e desintegração constantes em meio à multiplicidade de estados e processos dinâmicos gerados em diferentes instâncias da constituição individual, os quais são afetados, mediante diversas vias sociais, definem os estados dominantes de saúde e/ou doença no desenvolvimento único de cada organismo.

Podemos inferir que o caráter configuracional e gerador de sentidos conferidos às instâncias subjetivas, individual e social na determinação de estados de saúde e/ou doença, expressam-se por meio do modo de vida o qual, por meio de um sistema de atividades concretas, expressa as motivações essenciais do sujeito.

A concepção remete à formulação de um aspecto dual da subjetividade, construindo em uma perspectiva pós-moderna a superação da personalidade como algo estático, estrutural. Evolui-se para um paradigma em que a personalidade se caracteriza por ser configuracional, aberta, complexa e dinâmica, integrando-se na formação de sentidos subjetivos, reafirmando a concepção de que o sujeito é agente transformador em um processo de saúde e/ou doença de permanente construção.

De acordo com González Rey (2004), a personalidade apresenta-se como um momento concreto de sentido e configuração que constitui a ação individual, integrando de forma comprometida e simultânea o agrupamento de sentidos com os outros elementos de sentido produzidos dentro do espaço interativo e social em que se expressa cada ação, a qual varia no próprio seu próprio curso.

Acerca do envolvimento das configurações subjetivas da personalidade no estado de saúde do sujeito González Rey (2004), aponta:

As configurações subjetivas da personalidade geram uma multiplicidade de necessidades da pessoa, as quais se apresentam, no momento da ação pessoal, por meio de emoções que expressam o estado dinâmico das necessidades frente à multiplicidade de fatores que afetam a ação do sujeito. Nesse sentido, um determinado tipo de funcionamento das configurações subjetivas pode ser associada à produção de emoções responsáveis pela emocionalidade patológica (p.79).

Por meio desta exposição e pela definição do conceito de saúde em uma proposição pós-moderna, fica evidente a necessidade individual do desenvolvimento constante da personalidade do sujeito no decorrer deste complexo processo de saúde.

Necessidade que, de acordo com González Rey (2004), justifica-se pela necessidade essencial do sujeito ser capaz de assumir de forma ativa a relação com a sua própria saúde para ser saudável. A relação positiva pode ser almejada pelo desenvolvimento de uma personalidade plena e ativa capaz de determinar, por si própria, a sua forma de relacionamento com a vida e a defender, de forma enérgica, o sentido de suas distintas formas de envolvimento com o social.

Cabe, porém, a reflexão de que simultaneamente ao posicionamento e à constituição das configurações subjetivas da personalidade frente aos diferentes momentos de atuação e interação entre o social e o individual, que podem desencadear processos de saúde/ou doença, são transpassados pela constante produção de emoção.

De acordo com González Rey (2004), a ação do sujeito no desempenho e supressão de suas necessidades sempre está comprometida por um caráter emocional imprevisível que se encontra indissolúvelmente associada às configurações subjetivas da personalidade. Estas revelam a característica emocional do sujeito que atua produzindo novas emoções a cada um dos ambientes de sua ação, potencializando infinitos rumos na formação de sentidos subjetivos.

Neste sentido, a emoção ganha uma dimensão complexa constituindo-se, de acordo com González Rey (2004), como um fenômeno inerente da própria realidade humana, diferenciando-se claramente de outros sistemas de significação pela capacidade de significar algo em seus próprios termos. Portanto, destaca-se por ser um aspecto constitutivo essencial da subjetividade humana, desempenhando entre as suas funções, a significação, sem se reduzir a ela em sua importância para a constituição subjetiva da personalidade.

Acerca da consolidação da importância da emoção na constituição de um processo de saúde e/ou doença, em uma perspectiva pós-moderna González Rey (2004), destaca:

(...) as emoções apresentam um momento da qualidade dos relacionamentos entre o indivíduo e seu meio, e estão comprometidas, simultaneamente, com os processos de auto-organização da subjetividade. O aparecimento de uma emoção compromete, de forma orgânica, o momento constitutivo atual da subjetividade e a qualidade das interações presentes do sujeito, que caracterizam o ambiente no qual a emoção aparece. Isso nos leva a pensar nas emoções como processos que se expressam, de maneira

simultânea, no âmbito intrapsíquico e interativo, em um plano subjetivo que não substitui seu caráter biológico, mas que integra num novo nível (p.84).

A reflexão demonstra, de acordo com as proposições teóricas do referido autor, que o papel das emoções constitui-se no organismo humano através de um complexo ponto de interseção entre o funcionamento psicofisiológico, subjetivo e social. O que indiscutivelmente marca novo rumo nas construções e na percepção de saúde humana ao ser percebida e valorada nos processos de saúde, doença e cura que permeiam as doenças oncológicas bem como as demais patologias.

Novo rumo traçado pela valoração da emoção, que pode ser exemplificado pela seguinte perspectiva apontada por González Rey (2004):

Reflexões sobre o que é a vida, a realização, a felicidade, a amizade, o amor e muitos outros conceitos da cosmovisão humana são marcos de referência permanentes necessários para agir a respeito de estados emocionais do sujeito associadas a representações cognitivas inadequadas, ou erros de conceituação, que mais do que processos cognitivos puros são expressão de sentidos subjetivos que estão além do cognitivo, nos quais participam, freqüentemente, os cosmovisivos (p.193).

O que nos traz a percepção de que as reflexões acerca de conceitos da cosmovisão humana são presentes e freqüentes nos processos de aceitação e enfrentamento das doenças oncológicas e que atuam de maneira a desencadear um processo emocional ativo e profundo, podendo configurar novos sentidos subjetivos, agindo e direcionando o caráter e as estratégias de enfrentamento do paciente oncológico.

De acordo com González Rey (2004), podemos inferir que o desencadeamento de processos emocionais imprime mudanças profundas na personalidade pela reorganização empreendida nas esferas valorativas do paciente oncológico, tendo impacto direto nas formações subjetivas que já se haviam organizado no plano personológico e no sentido subjetivo dado à doença.

A reorganização pode induzir ou não o sujeito a reconceituar acerca de todo o sentido de sua própria vida, o que pode levá-lo à decisões e posicionamentos transcendentais em relação aos seus valores, crenças e demais esferas de sua vida.

Perspectiva que nos leva a pensar na importância de um tratamento oncológico que atue por meio da emoção, na esfera subjetiva do homem, de maneira a valorizar e integrar a dimensão

sistêmica do ser humano na percepção, estudo e tratamento das doenças oncológicas, superando as intervenções propostas a partir de uma visão puramente biomédica.

O novo olhar nos lança em uma realidade complexa, determinada pela exploração e busca constante de compreensão do ser humano por meio de um olhar voltado para o cenário subjetivo e uma nova perspectiva de modelo científico, o qual deva abarcar o ser humano em todas as suas diferentes nuances, as quais por muito foram obscurecidas por uma perspectiva moderna de ciência.

Orientado por esta nova perspectiva acerca das doenças oncológicas, este trabalho pretende estudar e compreender a atuação de nuances humanas desencadeantes de processos emocionais profundos como alegria, atenção, perdão, compaixão, afeto, amor, espiritualidade, religiosidade, esperança e fé, as quais, por meio de sua natureza emocional, podem constituir um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos. Promovendo, por uma ação terapêutica significada pela emoção, à compreensão de medos, temores, rancores, mágoas, ressentimentos, vergonhas, culpas, de forma a configurar novos sistemas e zonas de significados e sentidos direcionados para a compreensão e aceitação da doença, para o resgate da auto-estima, imagem e identidade, para o contato e resgate do “eu”, para a melhoria na qualidade de vida e para a auto-realização.

Perspectiva que leva este trabalho a buscar e compreender em meio ao cenário subjetivo do paciente oncológico, os fatores de natureza emocional que permeiam a sua formação de sentidos subjetivos efetivos, que atuam de maneira profunda, produzindo sentidos e significados voltados para a constante produção de processos e estratégias subjetivas positivas de enfrentamento do câncer. Tendo como hipótese orientadora, a atuação da emoção, como nuance humana central na produção e configuração de processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é compreender de que forma esses fatores de natureza emocional atuam em meio às interações complexas entre as subjetividades social e individual, promovendo e configurando novos sistemas de significados e sentidos direcionados para uma ação terapêutica profunda que possibilita, ao sujeito por meio da emoção, configurar um sentido subjetivo efetivo acerca da sua doença, de forma a expressar processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer.

O objetivo será desenvolvido tendo em vista a compreensão, em meio ao cenário subjetivo do paciente oncológico, da origem e da atuação de categorias de sentido e sentidos subjetivos reacionais, configurados em meio ao impacto emocional provocado pelo estar, perceber-se e enfrentar o câncer. Os quais encontram-se mobilizados na configuração de estratégias de posicionamento e enfrentamento, frente a constante interação com a difícil realidade bio-psico-social imposta pelo câncer, bem como pela profunda mudança configuracional, imposta à personalidade e à cultura individual do sujeito com câncer.

CAPÍTULO II

O Método da Pesquisa

2.1 - Fundamentos da opção metodológica

Partindo da perspectiva adotada e apreciada até o presente momento, percebe-se que o objetivo de pesquisa proposto por este trabalho necessita de um processo de construção metodológica mais ativo e coerente, tanto para o pesquisador quanto para o pesquisado, ou seja, a metodologia da pesquisa em questão deve proporcionar a construção de informações embasadas na compreensão das zonas de sentido do sujeito pesquisado apreendendo o seu cenário subjetivo.

Necessidade que se pode inferir, que de acordo com Minayo (1998), exige a utilização de uma metodologia de pesquisa que seja capaz de incorporar e apreender as questões referentes ao significado, a intencionalidade e as estruturas sociais.

Perspectiva que traz a reflexão de que a proposição apresentada neste trabalho de que a emoção pode direcionar uma ação terapêutica profunda, possibilitando ao sujeito configurar um sentido subjetivo efetivo a cerca de sua doença de forma a expressar processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer, constitui uma problemática, a qual não representa uma hipótese e nem uma entidade, concreta e quantificável, mais sim um momento complexo, subjetivo, configuracional e qualitativo que se constitui por meio da sua própria história, no cenário real de seu desenvolvimento.

Momento que se pode inferir, de acordo como Minayo (1998), se constitui por meio de sua natureza peculiar da problemática de estudo, a qual envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e ambientais inerentes à condição humana, bem como a forma de atribuição de significação e formação de sentido.

Características da problemática que, por meio do pensamento de González Rey (2002), pode-se perceber que a proposição de estudo deste trabalho traz a dimensão de que a emoção configura novas aquisições de sentido por meio da contradição e da tensão geradas por este momento particular, farão parte do sentido das novas experiências. Elas emergem no desenvolvimento subjetivo, integrando-se nos mais gerais e diversos processos de sentido que caracterizam o momento do desenvolvimento em que se constituem as novas aquisições configuradas por meio da emoção.

Dimensão que remete à proposição de González Rey (2002):

Nenhuma experiência nova do sujeito adquire sentido pelo que ela significa de forma “objetiva”. Toda nova experiência adquire sentido dentro do processo de subjetivação que caracteriza o desenvolvimento da personalidade (p.44).

O que se faz necessária à expressão da proposta de estudo por meio de uma abordagem que propicie uma ação reflexiva de um processo subjetivo, complexo e dinâmico de constante construção, que não adote a predição, a descrição e o controle como objetivos finais de pesquisa.

Nessa proposta, o modelo metodológico de orientação almejado por este estudo deve suprir a necessidade de um referencial metodológico em que a teoria ganhe vida no pensamento do pesquisador e no desenrolar da pesquisa. O processo de pesquisa é orientado para a construção da informação por meio de um espaço de constante diálogo entre o empírico e a teoria, sem que constitua uma metodologia positivista voltada para a busca mecânica da confirmação ou rejeição de teorias definidas *a priori*.

Realidade que traz a necessidade da adoção de uma perspectiva epistemológica qualitativa de pesquisa para que se possa buscar de maneira mais efetiva a confrontação do momento empírico com a teoria, de forma que o desenvolvimento da problemática e da proposição adotada por este trabalho ganhe vida na interação entre o pesquisador-pesquisado, bem como no cenário subjetivo de ambos.

Necessidade que se justifica na proposição teórica adota por González Rey (2002):

A diversidade da natureza qualitativa dos processos subjetivos e a enorme complexidade dos processos implicados em sua constituição impedem, em termos epistemológicos, sua construção por meio de respostas simples do sujeito diante de instrumentos padronizados. O estudo da subjetividade exige entrar nas formas mais complexas de expressão do sujeito e avançar na construção do conhecimento por vias indiretas e/ou implícitas em nosso objeto de estudo (p.40).

Proposição que traz o entendimento de que o objetivo de estudo e pesquisa almejado por este trabalho remete diretamente a problemáticas relativas ao estudo da subjetividade, as quais submetem o objetivo de estudo a aspectos subjetivos que por si só tornam a problemática proposta por este trabalho impossível de ser sintetizada em dados estatísticos. Realidade que submete o presente estudo às características do sistema subjetivo, apontadas por González Rey (2002):

O sistema subjetivo é um sistema aberto, abrangente e irregular, que influencia as diversas experiências humanas no processo de subjetivação. A subjetividade conduz a um conceito diferente do psíquico, que impede sua codificação em categorias rígidas e imutáveis ou entidades objetivas suscetíveis de mediação, manipulação e controle. A subjetividade se constitui em unidades complexas, comprometidas de diferentes formas com o sistema subjetivo como um todo, tanto na organização singular do sujeito concreto, como nos diferentes níveis da subjetividade social (p.39).

O que justifica a necessidade da adoção de uma abordagem epistemológica qualitativa de pesquisa, a qual propicie por meio de seus fundamentos, o trabalho da problemática em questão, por meio de elaboradas construções teóricas que permitam seguir as evidências complexas e indiretas do estudado em meio às expressões diferenciadas, contraditórias e em constante desenvolvimento do sujeito.

De acordo com González Rey (2002), pode-se inferir que a abordagem epistemológica qualitativa proporcionará, neste trabalho, a busca e a compreensão de processos inerentes a problemática proposta, que não se apresentam de forma acessível à experiência os quais existem em inter-relações complexas e dinâmicas exigindo o seu estudo integral e não fragmentado em variáveis para serem compreendidas.

Compreensão que se configura por via indireta e implícita, dos complexos processos presentes nas diferentes expressões humanas inerentes e desencadeadas pela problemática de pesquisa.

Acerca das implicações e características da pesquisa qualitativa González Rey (2002) descreve:

A pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, é epistemológica e teórica, e apóia-se em processos diferentes de construção de conhecimento, voltados para o estudo de um objeto distinto da pesquisa quantitativa tradicional em psicologia. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo; a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (p.50).

Perspectiva que encontra, no empírico, por meio da confrontação e do desenvolvimento da teoria, um momento para a ampliação das zonas de sentido que o presente estudo pretende abarcar.

Acerca da importância da criação de um momento empírico no presente estudo, pode-se destacar a perspectiva de González Rey (2002):

O momento empírico é fonte de novos fenômenos que, com frequência, conduzem a contradições com as formulações de que dispõe o pesquisador para conceitua-los. Essas contradições favorecem o desenvolvimento da teoria, pois a confrontação leva o pesquisador a postular categorias e suposições enriquecedoras daquela (p.63).

De acordo com González Rey (2002), esta perspectiva não implica em divórcio entre a teoria e o empírico, mas desponta como via de produção de conhecimento em que a teoria assume o lugar de uma teoria articulada e conduzida ativamente pelo pesquisador, o qual surge como um momento vivo por meio de sua produção intelectual, superando a proposição de teoria como um marco supra-individual rígido, que se apresenta por meio da oposição a novas idéias e conceitos empíricos.

Necessidade metodológica que, em especial ganha vida na epistemologia qualitativa defendida por González Rey (2002), a qual por meio de seus fundamentos e por privilegiar a dimensão subjetiva e dialética da investigação, constitui a abordagem que melhor se adapta às necessidades de pesquisa e às construções teóricas propostas e almejadas por este estudo.

Acerca da metodologia de pesquisa defendida por González Rey (2002), pode-se destacar como principal contribuição na fundamentação de uma abordagem de pesquisa qualitativa em psicologia, o processo de construção de conhecimento por meio de um processo dialógico de caráter aberto, caracterizado por privilegiar e buscar, de maneira dinâmica e constante, o interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado. Configurando por meio da inter-relação expressiva do sujeito pesquisado a construção das informações através de uma metodologia de produção e conhecimento, que proporciona o trabalho da proposição de estudo por meio de um processo de caráter construtivo-interpretativo.

Processo dentro do qual o sujeito de pesquisa emerge como indivíduo singular e qualitativo que estabelece um processo dialógico com um pesquisador participante ativo que dentro do cenário de pesquisa, atua refletindo, descobrindo e construindo opções no decorrer do processo de pesquisa.

2.2 - Explicitação do cenário de pesquisa

No presente estudo, a problemática é expressa pelo papel e pela possibilidade conferida à emoção, na configuração de processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer por meio da configuração de novas zonas de sentidos subjetivos. Exige a adoção de um cenário de pesquisa que expresse e possibilite a construção e o avanço da investigação em meio a um cenário que contemple a dimensão subjetiva presente em qualquer expressão do sujeito pesquisado, que considere as emoções envolvidas no decorrer da pesquisa e que não isole as características psicológicas do contexto em que emergem e se manifestam.

A partir da metodologia de pesquisa adotada, as construções surgem e ganham vida por meio de um cenário de pesquisa voltado para o contexto interativo criado pelo investigador e o contexto interativo do pesquisado presente nas suas formas mais diversas de interação subjetiva com as dimensões e nuances contidas nos processos singulares de aceitação e enfrentamento da doença oncológica.

De acordo com González Rey (2002), pode-se inferir que o cenário de pesquisa voltado para o contexto interativo e inter-relacional proporciona por meio do interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado, que o sujeito frente a um instrumento e um contexto relacional, expresse-se através de como ele realmente é, possibilitando a sua elaboração, a constituição de sua experiência e a sua expressão subjetiva dos elementos e nuances que permeiam a sua maneira singular de configurar e dar sentido.

Perspectiva que justifica, neste estudo, a adoção de um cenário voltado para o contexto interativo, para o momento inter-relacional, para o interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado e para um processo dialógico, proporcionado pela epistemologia qualitativa de pesquisa defendida por González Rey (2002).

Portanto, o cenário de pesquisa adotado será centrado no interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado, objetivando, por meio de um processo dialógico, a criação, no presente estudo, de uma atmosfera de segurança, de tensão intelectual, de interesse e confiança, almejando-se o favorecimento de forma espontânea da emersão de níveis de conceituação da experiência, tendo como objetivo final a adoção da melhor forma de buscar e perceber a problemática em questão por meio do cenário subjetivo do sujeito pesquisado.

Essa adoção proporcionará um cenário de pesquisa que permitirá a melhor maneira de se posicionar frente à construção das informações por meio do avanço do diálogo e da interação para as zonas de sentido dificilmente alcançáveis em um delineamento *a priori*ístico.

Perspectiva de cenário de pesquisa que de acordo com González Rey (2002), voltado para um momento interativo e para um processo dialógico, proporciona além de um momento configuracional para o sujeito, a expressão rica e contraditória de que o sujeito pesquisado experimenta em face dos momentos em que vive no desenvolvimento e decorrer da pesquisa.

2.3 - Descrição da organização das atividades de campo

A organização das atividades de campo na presente pesquisa tem como origem um processo reflexivo e contínuo configurado em meio a inquietações provocadas por uma experiência real e pessoal, vivenciadas no trabalho voluntário com mulheres portadoras de câncer.

Organização que surge frente à configuração de um diálogo intenso entre uma experiência real e um momento de reflexão teórica. Experiência que orienta as atividades de organização e construção de campo deste trabalho, juntamente com perspectiva metodológica adotada por González Rey (2002) na qual o objeto de pesquisa constitui o momento que proporciona o diálogo entre o empírico e a teoria no presente estudo, momento de construção teórica, a qual por meio do contato do pesquisador com o objeto de estudo, adquire uma complexidade crescente. Propicia-se o estabelecimento de relações e de construções de eixos relevantes de conhecimento do cenário onde será pesquisado o problema.

Processo reflexivo que traz a dimensão de que as atividades de campo no presente estudo devem ser direcionadas e organizadas visando estratégias de inserção, abordagem e metodologia de trabalho que propiciem o desenvolvimento do diálogo entre o empírico e a teoria, por meio do cenário de pesquisa voltado para o interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado.

O objetivo final é a organização de atividades de campo que direcionem, por meio de instrumentos direcionados, para a livre expressão do sujeito pesquisado em toda a sua complexidade. Busca-se efetivar uma metodologia de ação voltada para construção de idéias e conceitos que possibilitem a construção das informações por meio de um estudo de caso.

A perspectiva orienta a organização das atividades de campo através de uma metodologia de ação voltada para uma construção ativa e dinâmica de idéias e elementos que despontem no curso da pesquisa, de maneira que as atividades de campo abordem, compreendam e trabalhem a proposição de que a emoção atua diretamente como um agente de sentido na configuração de processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento do câncer, pela elaboração de novas zonas de sentidos subjetivos que atuam nos processos de significação, formação de sentido, aceitação e enfrentamento da doença.

Gera-se por meio da organização e metodologia de ação, fontes de informações e indutores sobre o cenário subjetivo do sujeito pesquisado, que possibilitem por meio de um estudo de caso, a construção da informação, de forma a adquirir sentido em meio ao conjunto de informações produzidas por ele.

No presente estudo, a organização das atividades de campo emergem em torno da compreensão da problemática de estudo por meio de uma metodologia qualitativa, destinada a abordar, a entrar em contato, a trabalhar e a compreender as diferentes nuances de natureza emocional que compõem o cenário subjetivo de um paciente oncológico, que atuam de forma a nortear a significação, formação de sentido, aceitação, enfrentamento e tratamento da doença.

Organização que surge em meio a minha experiência pessoal de quatro semestres contínuos de atuação na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília, no trabalho de assistência social e psicológica a mulheres carentes com câncer ginecológico e de mama em estágios iniciais e avançados de doença. Experiência, a qual configurou-se dentro de um inquietante processo reflexivo, como um campo rico de estudo ao meu redor.

Instituição, que desde de 1996 por meio de diversos projetos, atua no Hospital de Base de Brasília, no trabalho voluntário de assistência social e emocional aos pacientes portadores de câncer.

O período prolongado de experiência prévia na referida Instituição, não exige na presente pesquisa a organização de atividades de campo, que visem ao contato e à inserção do pesquisado no campo de pesquisa.

Perspectiva que, de acordo com González Rey (2002), favorece de maneira prévia o contato interativo entre o pesquisador-pesquisado em um contexto relevante para o sujeito pesquisado. Contexto no qual, por meio da inserção sólida do pesquisador, favorece a sua

expansão natural dentro das relações e eventos que fazem parte da vida cotidiana do sujeito pesquisado.

Realidade que conduz a organização das atividades de campo para uma metodologia de ação, voltada para a efetivação de atividades que propiciem um processo dialógico, mediado por instrumentos que direcionem o interjogo entre as subjetividades do pesquisador e do pesquisado.

Proposição de estudo que será abordada por meio de um contato dialógico, interativo e reflexivo do pesquisador com uma paciente portadora de câncer em tratamento no Hospital de Base de Brasília (HBDF) e assistida pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília (R.F.C.C).

A paciente será escolhida por meio de uma análise prévia dos prontuários das pacientes atendidas pelos estagiários de psicologia atuantes na R.F.C.C. Análise que terá como fatores mediadores o tempo de tratamento e enfrentamento da patologia, condições físicas, permanência de uma semana no hospital, no caso de estar internada no período de pesquisa e ter um perfil de enfrentamento ativo frente à doença.

As atividades de campo serão organizadas de modo a efetivar um processo dialógico, por meio de dois encontros entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, os quais terão tempo livre e ocorrerão na enfermaria da unidade de policlínica, situada no 5º andar do Hospital de Base ou na sala de atendimento situada na referida unidade, no período de uma semana. Contatos que serão gravados em cassete, para proporcionar uma melhor construção posterior da informação e que poderão, conforme a necessidade, ser ampliados para mais de dois encontros que serão realizados de acordo com as condições físicas e de tratamento (internada e/ou alta hospitalar) da paciente pesquisada.

O contato será desenvolvido tendo como objetivos o conhecimento e o avanço na compreensão em meio ao cenário subjetivo do paciente oncológico, da origem e da atuação de categorias de sentido e sentidos subjetivos reacionais, mobilizados na configuração de estratégias de posicionamento e enfrentamento frente à constante interação com a difícil realidade bio-psico-social imposta pelo câncer, bem como pela profunda mudança configuracional, imposta à personalidade e à cultura individual do sujeito com câncer.

Os objetivos orientam a mediação de cada encontro por meio de instrumentos de pesquisa diferenciados. São orientados por uma metodologia qualitativa e terão como objetivo geral a

geração de fontes de informações e indutores sobre o cenário subjetivo do sujeito pesquisado, que favoreçam a construção de um estudo de caso.

2.4 - Descrição dos instrumentos utilizados

De acordo com González Rey (2002), o estudo da subjetividade configura por si só um grande desafio porque não se pode ter acesso de forma direta a ela, mas somente por meio dos sujeitos em que aparece constituída de maneira diferenciada. O desafio demanda a utilização de instrumentos abertos que possibilitem o acesso a indicadores relevantes na constituição subjetiva do sujeito pesquisado que só aparecem de maneira indireta, muito além da consciência do sujeito. Necessidade que o referido autor (2002) justifica:

O uso de instrumentos abertos facilita a expressão do sujeito em toda a sua complexidade e aceita o desafio que implica a construção de idéias e conceitos sobre a informação diferenciada que expressam os sujeitos (p.81).

Perspectiva que orienta, no presente estudo, a adoção de instrumentos abertos de pesquisa que facilitem o acesso à expressão indireta por meio de instrumentos que não restrinjam e fechem a expressão do pesquisado na cosmovisão do pesquisador.

Para efetivação e construção do pretendido estudo de caso objetivada nesta pesquisa, o instrumental adotado deve, além de proporcionar uma livre expressão da subjetividade do sujeito pesquisado, proporcionar um momento de livre e espontânea interação entre o sujeito pesquisado e o pesquisador.

Em congruência como esta perspectiva, será adotada a técnica de complemento de frases e de entrevista semi-estruturada, as quais, por meio de sua natureza aberta, livre e reflexiva, permitam a efetivação da pesquisa por meio de encontros que propiciem uma ação reflexiva de um processo de natureza subjetiva, complexa e dinâmica, sem adotar a predição, a descrição e o controle como processos mediadores e objetivos finais de pesquisa.

A técnica de complemento de frases será realizada por intermédio do mesmo questionário de complemento de frases utilizado por Veludo, Mazali & Ávila⁹, adoção que se justifica pela adequação a mesma realidade de trabalho proposto por esta pesquisa.

⁹ Técnica utilizada no trabalho - O sentido subjetivo do câncer na família: O impacto sobre as formas de organização familiar e de enfrentamento da doença.

Esta técnica proporcionará de forma indireta o contato com indicadores que permeiam a formação de zonas de sentidos do sujeito pesquisado, os quais poderão ser ampliados posteriormente por meio da técnica de entrevista semi-estruturada. A proposta para o segundo é o encontro interativo e dialógico entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, que de forma complementar, poderá permitir ao pesquisador compreender e construir o cenário subjetivo do sujeito pesquisado.

A entrevista semi-estruturada na presente pesquisa será utilizada com o objetivo inicial e flexível de buscar por meio de um diálogo livre, os sentimentos, percepções, atitudes, valores, crenças que possibilitem vislumbrar indicadores que serão ampliados, permitindo por meio da livre expressão o contato dos elementos singulares que se interpõem à formação de sentido subjetivo do sujeito pesquisado frente às diversas nuances que compõem os processos de enfrentamento de sua doença.

Há a possibilidade de que o sujeito pesquisado discorra sobre a sua experiência sem estar sendo mediado e guiado por respostas pré-fixadas, que pode ser na presente pesquisa um processo construtivo-interpretativo, favorável ao acesso, de forma indireta, às zonas de sentido que configuram o seu sentido subjetivo.

Instrumentos que se podem inferir de acordo com as proposições de González Rey (2002), possibilitam a efetivação de uma epistemologia de construção, por atuarem como vias que induzem à construção do sujeito pesquisado, muito além dos mecanismos indutores utilizados, o que supõe o diálogo.

Perspectiva que efetiva o instrumento adotado como um processo de comunicação dialógico entre o pesquisador e o sujeito pesquisado que facilita no presente trabalho a congruência entre o instrumental utilizado e o cenário de pesquisa adotado.

Adoção que, na presente pesquisa, marca o rompimento com uma epistemologia positivista de pesquisa psicológica centrada na busca mecânica de categorias quantificáveis que, por intermédio de idéias preconcebidas, reforçam a constatação de hipóteses teóricas definidas *a priori*, sem que haja um momento de diálogo entre o momento empírico e o teórico.

2.5 - Sujeito pesquisado

A escolha do sujeito a ser pesquisado deu-se por meio de um conceito de amostra propositiva, definida diretamente pela problemática apresentada no presente trabalho.

A natureza do problema permitiu a pesquisa às pacientes acompanhadas pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília e à compreensão almejada pela proposta de estudo, na escolha de uma paciente que apresente um perfil de enfrentamento ativo perante a difícil realidade do enfrentamento e submissão a tratamentos como cirurgias mutiladoras e intervenções químico e/ou radioterápicas, bem como seus inúmeros e difíceis efeitos colaterais orgânicos e psicossociais.

Orientado por esta perspectiva, bem como pelo diagnóstico, estado físico e a possibilidade de participação da presente pesquisa, foi escolhida uma paciente com câncer de mama diagnosticado há aproximadamente dez meses, reconhecida por enfrentar os diferentes momentos de sua doença com alegria, coragem, persistência, otimismo, religiosidade, esperança e fé.

Este perfil possibilita nesta pesquisa uma amostra propositiva e rica para o estudo e a compreensão de um estudo de caso de como a emoção pode atuar frente às experiências do doente oncológico de modo a configurar novos sistemas e zonas de significados que geram sentidos subjetivos efetivos e positivos em relação à doença, direcionando e criando processos e estratégias efetivas e positivas de compreensão, aceitação e enfrentamento.

Proporciona-se ao paciente oncológico o resgate da auto-estima, da auto-imagem, da identidade, direcionando o enfrentamento da doença para o resgate do “eu”, para a melhora na qualidade de vida e para a auto-realização.

2.6 - Metodologia adotada para a construção da informação

A construção da informação na presente pesquisa será realizada por intermédio de um estudo de caso, que representará no curso de um processo progressivo, ativo e aberto de construção e interpretação, um momento construtivo e de produção de idéias.

Momento que, de acordo com González Rey (2002), proporcionará no decorrer da construção das informações, uma complexa articulação entre as informações oferecidas pelo caso, pelas elaborações prévias do pesquisador no momento empírico e por meio das informações e reflexões geradas pela confrontação entre a riqueza singular do caso e a capacidade teórica do pesquisador.

Processo que terá como objetivo a construção de um estudo de caso que possibilite, por meio do contato com os níveis de conceituação singular do sujeito pesquisado e as complexas

articulações construídas ao longo da pesquisa, a abordagem e compreensão de como a emoção atua em meio as suas complexas configurações subjetivas, dando sentido e criando processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento.

Torna-se possível trabalhar o objetivo do presente estudo através do avanço da compreensão da origem e da atuação de categorias de sentido e sentidos subjetivos reacionais, mobilizados na configuração de estratégias de posicionamento e enfrentamento.

Complexa construção que proporcionará, por meio de um processo de caráter construtivo-interpretativo, a significação dos dados e indicadores obtidos de maneira implícita e indireta ao longo da pesquisa, de maneira a construir por meio do confronto entre os indicadores convertidos em meio à expressão do sujeito pesquisado e ao curso do pensamento do pesquisador, uma rede de zonas de sentido acerca de como o sujeito pesquisado experiencia, configura e enfrenta a sua doença.

Rede de zonas de sentido que possibilitará compreender e buscar de forma indireta como os fatores de natureza emocional o transpassam e atuam em meio as suas interações complexas entre as subjetividades social e individual. Possibilita construir hipóteses e idéias acerca de como o sujeito pesquisado significa, dá sentido, configura e enfrenta as diversas implicações geradas pela sua singular vivência e experiência da doença e das suas consequências bio-psico-sociais.

CAPÍTULO III

Construindo a Informação

3.1 - Apresentando o estudo de caso

Por meio dos relatos obtidos por intermédio do complemento de frases, da entrevista semi-estruturada (anexos I e II), bem como pelo vínculo e interação estabelecida com a paciente pesquisada, pode-se obter dados e indicadores de maneira implícita e indireta ao longo da pesquisa possibilitando neste capítulo, de maneira indireta, construir por meio do confronto entre os indicadores convertidos em meio à expressão da paciente pesquisada e a um processo de construção orientado por um caráter construtivo-interpretativo, uma rede de zonas de sentidos, que permitirá de forma indireta, abordar e compreender os elementos do cenário subjetivo da paciente pesquisada que compõem as suas maneiras singulares de experienciar, configurar, significar e dar sentido frente a sua doença.

A construção da informação no presente capítulo possibilitará, por meio de um estudo de caso centrado na análise e discussão dos resultados bem como por meio do confronto teórico, a construção de um processo progressivo, ativo e aberto de construção e interpretação, formando um momento construtivo e de produção intensa de idéias, acerca dos níveis de conceituação singular da paciente pesquisada e as complexas articulações construídas ao longo da pesquisa.

Momento que favorecerá o desenvolvimento da problemática proposta por este estudo por meio de um processo de construção orientado para a formulação do cenário subjetivo da paciente pesquisada, possibilitando abordar e construir ao longo deste capítulo, como a emoção atua dentro das complexas configurações subjetivas, dando sentido e configurando processos e estratégias efetivas e positivas de posicionamento e enfrentamento da presente doença.

Neste capítulo serão desenvolvidas complexas interações por intermédio da análise e da discussão da origem e da atuação de categorias de sentido e sentidos subjetivos configurados em meio ao cenário subjetivo da paciente pesquisada.

Orientado por esta perspectiva, foi observado por meio dos dados e indicadores obtidos, que os elementos emocionais atuantes na configuração de processos e estratégias efetivas e positivas de posicionamento e enfrentamento da paciente frente a sua doença, configuram-se em um “núcleo central” dentro de uma complexa rede de zonas de sentido.

“Núcleo central” que será analisado por intermédio de unidades de reflexão e construção, destinando-se a avançar na compreensão ao longo do discurso e da conceituação singular da

paciente pesquisada, de elementos emocionais que possibilitam a construção de hipótese e de idéias acerca de como a paciente significa, dá sentido, configura e enfrenta as diversas implicações geradas pela singular e subjetiva vivência e experiência da sua doença e das suas consequências bio-psico-sociais.

3.2 - A primeira impressão

A paciente pesquisada trata-se de uma mulher de 40 anos, casada e com três filhos, encontra-se em tratamento no Hospital de Base de Brasília (HBDF), há aproximadamente dez meses para tratamento de câncer de mama, período em que vem sendo acompanhada pelo trabalho voluntário de assistência social e emocional desenvolvido pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília (R.F.C.C).

Até o presente momento está assistência vem sendo desempenhada em todas as etapas de seu tratamento. O fato da R.F.C.C tê-la oferecido a assistência em períodos críticos do tratamento como enfrentamento do diagnóstico, apoio pré e pós-operatório e apoio ao atual tratamento quimioterápico, bem como a minha participação como voluntário da referida organização, atuando em boa parte nos momentos de assistência apontadas, possibilitou além de uma boa interação com a paciente, a percepção de um caso favorável e propenso ao pretendido estudo.

O vínculo, bem como o trabalho prévio de assistência à paciente escolhida para a efetivação do deste estudo, possibilitou a escolha de uma amostra propositiva à natureza do problema apresentado no presente trabalho; perspectiva que se justifica pelo posicionamento apresentado pela paciente frente a sua doença e ao seu tratamento, ao longo do período em que foi acompanhada pela R.F.C.C, destacável por um comportamento de enfrentamento ativo, marcado pela alegria, coragem, persistência, otimismo, religiosidade, esperança e fé.

Características de comportamento e enfrentamento que constituem a sua maneira singular de manter-se forte e ativa frente à difícil realidade do enfrentamento do diagnóstico de Câncer Maligno de Mama, da submissão a uma Mastectomia Radical e da submissão a um tratamento quimiotápico, bem como o enfrentamento dos inúmeros e difíceis efeitos colaterais orgânicos e psicossociais gerados ao longo de seu tratamento, pelas atuais formas de tratamento das doenças oncológicas.

Para a realização deste estudo de caso seguem abaixo a análise e a discussão da construção da informação através de unidades de reflexão e de construção, as quais por meio de

um posicionamento construtivo-interpretativo buscam a melhor forma de avançar na compreensão de categorias de sentido e sentidos subjetivos de natureza emocional configurados em meio à complexa rede de zonas de sentido da paciente pesquisada que constroem e dão sentido aos seus processos e estratégias de enfrentamento.

3.3 - 1º Unidade de Reflexão

Os encontros foram realizados com a paciente, no intuito de buscar compreender a partir de seu panorama subjetivo como suas emoções atuam dentro de suas experiências no enfrentamento de sua doença, criando novos sistemas e zonas de significados que se configuram em sentidos subjetivos efetivos e positivos em relação à doença, direcionando e configurando em meio aos seus sistemas enfrentamento subjetivos, processos e estratégias efetivas e positivas.

Contato que juntamente com o vínculo anterior, possibilita no presente momento deste capítulo, à percepção de que a paciente enfrenta um processo ativo e em permanente construção frente à realidade de sua doença, orientado para a constante configuração de um sistema de sentidos direcionados para a aceitação das limitações e da realidade imposta pela doença, bem como para a elaboração de estratégias de posicionamento e enfrentamento de um processo de tratamento ainda considerado inicial e crítico.

Percepção que por meio de um contato reflexivo construtivo-interpretativo inicial com os elementos e indicadores levantados no momento de interação com a paciente, na técnica de completamento de frases e na entrevista semi-estruturada, traz a proposição inicial de que os elementos emocionais implicados na configuração de processos e estratégias efetivas e positivas de compreensão, aceitação e enfrentamento da doença encontram-se direcionados e configurados dentro de um sistema de sentido singular de fé, onde esta se apresenta centralizada e subordinada ao comportamento ativo e à ação volutiva da paciente.

Sistema que, aparentemente, configura um posicionamento ativo da paciente frente à doença, orientado por um sentido subjetivo de acordo com a noção de que o sucesso de seu tratamento depende diretamente de suas ações, de seu envolvimento, de sua dedicação e de sua forma de agir diante das adversidades configuradas ao longo do enfrentamento das limitações e imposições da doença bem com das suas atuais formas de tratamento. Estabelecendo estratégias de enfrentamento marcadas pela positividade, posição ativa e por sentido subjetivo que se cria a

partir de si própria, centralizando a formação de uma complexa rede de zonas de sentido frente à doença em si.

Proposição que não se apresenta como um delineamento teórico *à priori*, mas como um momento inicial reflexivo e construtivo sobre as impressões e vivências construídas ao longo das tensões geradas no interjogo entre as subjetividades do pesquisador e da paciente pesquisada, proporcionado pelos momentos de intensa inter-relação configurados ao longo dos dois encontros propostos bem como na assistência anterior prestada em momentos marcantes do tratamento da paciente em questão.

3.4 - 1º Unidade de Construção

Ao longo do contado com a paciente pesquisada, pude observar que sua fé representa uma categoria marcante em seus relatos. Categoria de sentido que parece fazer parte de sua constituição subjetiva histórica, bem como mobilizada no seu atual panorama subjetivo, desencadeado diante do intenso estado emocional estruturado frente ao seu estado de saúde, atuando como um forte elemento de sentidos que representa e media suas ações, percepções, sensações e estratégias de posicionamento e enfrentamento. Tornando-se diante de um estado emocional intensificado, como um elemento de natureza emocional ativo na elaboração de novos sentidos subjetivos frente à doença, atuando em meio às interações entre as subjetividades social e individual, de maneira a constituir uma nova zona de sentidos personificada frente à doença, tratamento, limitações, imposições e estigmas.

Proposição que podemos analisar, ao refletirmos de maneira construtiva-interpretativa, a partir do relato abaixo dado pela paciente acerca de sua perspectiva de fé.

O que é a fé...

É tudo o que você faz, faz com amor e com carinho...

Se você, por exemplo... Não, vamos supor, eu vou fazer um café né, se eu não fazer mal humorado, com raiva né, com ódio então, nem tem fé naquela comida que se tá fazendo né! Só se você for fazer com prazer, alegria é lógico que aquilo já é uma fé, eu acho que a fé é isso né.

Ah eu vou conseguir, vamos supor um carro, ah o meu emprego não dá pra comprar um carro é doido é, ah mais eu vou por fé vou trabalhar, vou conseguir com um ano ou dois né. Oh lá comprei um carro, olha, tá vendo eu acreditei tanto na fé que eu consegui o carro, eu acho que a fé é isso.

A fé é a gente te... Amo ao próximo né, gosta de si mesmo, gosta do que se faz, eu acho que pra mim isso tudo é fé.

Ao analisarmos os seus exemplos, percebemos, claramente, que sua noção de fé orienta-se por sua ação, envolvimento, empenho, dedicação, o que primeiramente nos traz a noção de que a fé encontra-se subordinada a seus atos, os quais se forem desempenhados com prazer, alegria, carinho, amor e trabalho serão para ela, logicamente uma fé.

Se pensarmos mais profundamente, poderemos perceber que a sua fé não se subordina diretamente a uma entidade externalizada, pois depende muito de como ela faz as coisas, de como ela se comporta, não dependendo unicamente em acreditar, nem de seguir um sistema concreto de religião. Podemos inferir que sua fé encontra-se voltada na fidelidade em desempenhar suas ações, com o comprometimento de seus atos e atitudes e na lealdade para com um plano personológico onde emergem suas esferas valorativas.

Proposição que configura uma base em que podemos ousar dizer que sua fé é internalizada, subordinada a um sistema de valores, crenças e sentidos personificados que se configura em congruência com o seu “eu”, o qual em um primeiro momento podemos inferir a partir desta característica de fé, demonstrada pela paciente como “agente de si”.

Portanto, podemos perceber que a paciente tem uma fé, a qual podemos denominar de “categoria de sentido significadora”, que de forma indireta nos revela um forte elemento de natureza emocional de sentido subjetivo que transpassa as mais diversas formas em que a paciente experiencia dá sentido e crê, configurando e significando por meio de sua natureza emocional, sentidos por meio de seus próprios termos.

Forte elemento emocional que por meio do relato exposto abaixo, leva-nos a pensar que se ela atua como “categoria de sentido significadora” na configuração de um sentido subjetivo efetivo de natureza emocional, constitui uma rede de estratégias de posicionamento e enfrentamento ativo frente à difícil realidade imposta por sua doença.

Há eu tenho muita fé em Deus sabe porque eu penso assim, se agente for desistir então agente não tem fé no que ta fazendo né!

E eu tenho muita fé no que eu faço, eu tenho mesmo...

Eu tenho muita fé em Deus também porque eu quando eu...

Inclusive eu já falei também naquele outro relatório né...

Quando eu operei que foi pra mim fazer a quimioterapia teve muita gente que... “Ah não vai dá certo não, se você fizer vai morrer...” Ai eu fiquei assim naquela dúvida, ai meu Deus eu faço, ai depois eu falei assim... “Ah eu vou fazer...”

Então eu pensei pelo lado positivo né!

Você tem que fazer eu vou fazer né, e graças á Deus tudo dando certo, nunca passei mal, nunca deu nada de errado nos meus exames (...)

(...) Mais fazer o que tem que encarar...

Ih eu continuo li falando, quem tem essa doença não se desanime, não se desespere, não vá pela cabeça dos outros, porque às vezes se é pra gente dá uma palavra que às vezes é de anima né, te desanima, porque a realidade é a gente encarar de frente, te fé em Deus e pé no chão.

Podemos inferir neste relato que o sentido subjetivo potencializado pela categoria singular de fé da paciente, possibilita a ela posicionar-se diante dos sentidos culturais construídos e impostos no enfrentamento de sua doença, de forma ativa, subordinando tais sentidos a uma zona de natureza personificada.

Estabelecendo posição e ação ativa frente aos elementos emocionais desencadeados por zonas de sentidos culturais como “*Há não vai dá certo não, se você fizer vai morrer...*”, expressa pela seguinte relato:

Ih eu continuo li falando, quem tem essa doença não se desanime, não se desespere, não vá pela cabeça dos outros, porque às vezes se é pra gente dá uma palavra que às vezes é de anima né, te desanima, porque a realidade é a gente encarar de frente, te fé em Deus e pé no chão.

Proposição que em um primeiro momento, traz a percepção de que a natureza emocional de sua categoria subjetiva de fé configura zonas de sentidos de acordo com a realidade, bem como as construções culturais de sentido acerca de sua doença, estabelecendo estratégias de enfrentamento congruentes ao sentido subjetivo de sua categoria de fé.

Congruência que podemos observar no confronto entre as seguintes expressões: “*Se tem que fazer eu vou fazer né (...) eu penso assim, se a gente for desistir então agente não tem fé no que ta fazendo né!*”.

Confronto, que de forma indireta, permite-nos visualizar que suas estratégias de enfrentamento juntam-se ao comportamento ativo e à ação volutiva da paciente; ou seja, em meio ao sentido subjetivo central de sua fé.

Inferência que nos leva a construir a noção de que suas ações e estratégias de posicionamento e enfrentamento se fundem à percepção; de que a melhor maneira de se posicionar e enfrentar a doença está em encarar a realidade de frente, agir, fazer por merecer e ter sempre os pés no chão, ou seja, dentro de sua construção singular, ter fé.

Proposição que nos permite avançar na compreensão de que em meio ao entendimento da paciente, a fé gera o sentido subjetivo de que o sucesso do seu tratamento depende de suas atitudes, ações, comprometimento e dedicação; ou seja, depende de si própria, o que em um primeiro momento, traz a idéia de que as instâncias sociais, referente ao quadro de sua doença em interação com a paciente, partem do seu lugar nesta experiência, submetendo os sentidos sociais da doença a sua capacidade configuracional.

3.5 - 2º Unidade de Reflexão

Por meio da análise da singular categoria de fé da paciente, bem como o seu confronto com os relatos, percebeu-se que as estratégias de enfrentamento da paciente configuram-se em congruência com o sentido subjetivo central de sua noção personalizada de fé.

Perspectiva que possibilita, neste momento, avançar na compreensão de que o sentido subjetivo central de sua categoria de fé, por meio de sua natureza emocional denota um conjunto de estratégias de posicionamento e enfrentamento orientado e mediado pelo sentido subjetivo de que o sucesso do tratamento depende do esforço e da dedicação da própria paciente.

Sentido subjetivo central na construção de estratégias de posicionamento e enfrentamento que podemos inferir que se revela como um elemento mediador e organizador na complexa rede de zonas de sentidos, constituída em torno da interação da paciente com o complexo cenário configurado por sua doença. Momento interacional que por meio das construções feitas até o presente momento, nos permite concluir que em congruência com a natureza do sentido subjetivo apresentado, parte da paciente para a doença.

Proposição que se fundamenta na percepção de que os elementos sentidos que interagem na construção de estratégias de posicionamento e enfrentamento frente à doença subordinam a

própria paciente, ou seja, o elemento mediador configura o sentido subjetivo de que o sucesso de seu tratamento depende de seu empenho, de sua ação, comprometimento, dedicação, iniciativa. Construção que novamente aponta a paciente como agente de sua complexa rede de zonas de sentido frente à doença, com também agente de sentido de sua personalidade e cultura individual.

3.6 - 2º Unidade de Construção

É necessária à análise de mais alguns relatos para avançarmos mais diretamente na proposição de que o sentido subjetivo que configura as estratégias da paciente centralizam-se no seu comportamento e na sua ação volutiva. Centralização que emerge neste estudo, indiretamente em meio à construção interpretativa de uma natureza emocional e meio a sua categoria de fé.

Eu vejo o câncer assim, uma doença que às vezes aparece na pessoa, na gente...

Mais às vezes a gente pensa que não é nada demais e deixa passa o tempo, hoje, amanhã... E não trata não é...

E então quer dizer o câncer tá te vencendo, mais se a gente luta por ele, tratar dele, eu acho que o câncer não é vencedor, a gente sai vitorioso...

Então, indiretamente ela quer nos dizer que para se vencer o câncer é necessário correr atrás, buscar tratamento, enfrentar, encarar, posicionar-se e tomar a frente de seu tratamento, ou seja, é necessário configurar uma rede de estratégias de posicionamento e enfrentamento congruente com o sentido subjetivo de que o sucesso de seu tratamento depende de sua ação, de seu empenho, de sua dedicação.

Talvez devamos analisar um relato em que o seu sentido subjetivo acerca da perspectiva de sucesso, apresenta-se de forma mais direta como elemento configuracional e mediador de suas estratégias de enfrentamento.

E é assim que eu lido com minha doença e é assim que eu tenho fé que eu vo fica boa... E eu vo sai dessa.

O médico, o meu médico mesmo fala que a paciente mais honesta que tem é eu, nunca matei uma consulta, nunca perdi um exame eu procuro um exame do primeiro tratamento e tá aqui... É uma dedicação que ele diz que acha que é muito bonito ni mim.

Então eu penso assim se eu fiz é pra guardar, eu tenho que conservar não é, se fo pra joga fora não precisa faze, então pra isso é fé...

No dia que eu fica boa que não precisa mais tali, é não preciso mais, mais tá tudo aqui, eu tive fé e eu consegui...

Talvez indiretamente ela tende a nos dizer que sua fé age por meio de uma dedicação intensa ao tratamento, fé que pode ser provada pelo fato real de ela nunca ter perdido uma consulta, nunca ter perdido um exame e de ter guardado tudo referente ao seu tratamento, como um sinal de fé, talvez um sinal direto da ação do sentido subjetivo acerca de sua perspectiva de sucesso, como elemento configuracional de um posicionamento ativo perante o enfrentamento da doença, talvez como um sinal da posição da paciente como agente de sentido frente à doença.

Podemos também lembrar, que o seu sentido subjetivo acerca de sua perspectiva de sucesso, tem origem na natureza emocional de sua categoria de fé, a qual demonstra por meio do amor ao próximo, do gostar de si mesmo e do gostar do que faz.

Analisemos a seguinte frase construída no seu complemento de frases:

Eu gosto do atendimento, do medicamento que to fazendo, da maneira de tratar as pessoas, de mim mesmo, gosto do jeito que eu reajo ao meu tratamento, gosto da maneira de ser tratada, gosto de ser alegre com todo mundo, gosto da sinceridade das pessoas e gosto de ser feliz com todo mundo.

Nesta frase, se tentarmos aprofundar nosso raciocínio, podemos perceber que o gostar dos medicamentos, da maneira de reagir ao tratamento revelam que o sentido subjetivo configurado pela categoria de fé denota novamente estratégias de posicionamento e enfrentamento congruentes com o sentido subjetivo de sucesso centralizado em suas ações.

Podemos perceber também que gostar da maneira de ser tratada, gostar de ser alegre com todo mundo, gostar da sinceridade das pessoas e gostar de ser feliz com todo mundo, revela estratégias efetivas e positivas de posicionamento e enfrentamento que estão em congruência com a sua perspectiva e categoria de fé e aparecem presente em todos os momentos em que pude acompanhá-la no trabalho de assistência social e emocional como voluntário da R.F.C.C.

Observe a congruência da sua perspectiva de fé com o sentido subjetivo acerca de sua perspectiva de sucesso no tratamento, no seguinte relato.

Então eu falo o seguinte eu acho que quem faz o mau amor da gente é a gente mesmo.

Eu graças a Deus não tenho que reclamar pra mim o hospital é ótimo, me ajudo em muitas coisas, tem exame que era particular e eu não tive condição de fazer, os médicos mesmo me informo vários lugar pra mim fazer, corri atrás e consegui.

Mais é o ditado a gente também tem que corre atrás né! Não é só querer e ficar “ah vai cair do céu”, né! Que do céu só cai chuva né, a pessoa tem que lutar também!

Então é o seguinte que eu falo é esse, não tenho aí o que dizer do hospital pra mim ele é muito bom, várias coisas eu consegui foi aqui no hospital, então pra mim, a realidade é essa, a pessoa ter fé em Deus e encarar a realidade de frente.

Se prestarmos atenção, podemos inferir que a noção de quem faz o mau amor é a gente mesmo, de que a gente tem que correr atrás, e de que a realidade é essa; a pessoa tem que ter fé, o que revela a força do sentido subjetivo configurado pela categoria de fé.

Estes relatos nos permitem avançar na compreensão de que a fé revela-se por meio de sua natureza emocional como uma forte categoria configuracional.

Mas de onde virá a natureza emocional deste forte elemento configuracional?

Em uma primeira proposição, podemos inferir que a fé tem a sua natureza emocional configurada em um “núcleo de sentidos mais amplo”, intrínsecos à personalidade e à cultura individual do sujeito, bem como no intenso estado emocional mobilizado pelo estar, perceber-se e enfrentar o câncer.

“Núcleo de sentidos mais amplo” que atua mobilizando elementos cognitivos e emocionais da paciente frente a o estar doente, às limitações e imposições da doença, bem como à maciça interação com elementos de sentidos culturais estigmatizados acerca do câncer. Trazendo e mobilizando ao cenário subjetivo da paciente, fortes elementos e sentidos que possam fazer frente à difícil realidade imposta pela doença.

Proposição didática que nos faz avançar na compreensão de que a fé da paciente emerge diante de sua doença, como categoria mobilizada em meio ao cenário subjetivo da paciente e reorganizado em um “núcleo mais amplo” de natureza emocional, constituindo-se com a nova função de configurar estratégias efetivas por meio de sentidos subjetivos congruentes ao real momento configuracional da personalidade e da cultura individual da paciente.

Perspectiva que em um primeiro momento nos traz a observação de que a categoria de fé na percepção da paciente representa uma mobilização, talvez a melhor “escolha” de um “núcleo central de enfrentamento”, o qual potencializa a categoria de fé por intensa mobilização emocional, criando uma nova categoria de fé no cenário subjetivo da paciente, uma fé de natureza emocional, criada para suportar a doença.

3.7 - 3º Unidade de Reflexão

Até o presente momento temos buscado avançar na compreensão de como as emoções da paciente atuam em meio as suas experiências, no enfrentamento do processo de tratamento ainda considerado inicial e crítico.

Buscas que até o presente momento, indica-nos que a emoção atua frente à doença por meio de sua natureza de aspecto constitutivo da subjetividade humana, significando e potencializando núcleos e zonas de sentido, categoria de sentido e sentidos subjetivos com uma natureza emocional que por si só permite a significação de sentidos em seus próprios termos.

Ousado avanço! Penso que talvez seja melhor refletirmos de maneira didática como um núcleo de sentidos pode ser potencializado emocionalmente em meio à interação do sujeito com um estado que imprime profundas mobilizações e reorganizações.

Por meio de uma análise inicial da categoria de fé, podemos compreendê-la como uma categoria de sentido que diante da doença, potencializa-se emocionalmente e adquire a função de atuar como um forte elemento de sentido que por meio de sua natureza emocional pode, por si só, criar sentidos subjetivos que estabelecem e constroem estratégias de posicionamento e enfrentamento. Proposição demonstrada na construção do sentido subjetivo de que o sucesso do tratamento da paciente depende de suas atitudes, ações, comprometimento e dedicação, o qual apresenta-se em congruência como o forte elemento configuracional de fé.

Perspectiva que nos levou indiretamente a compreender a fé da paciente como um forte elemento de sentido formado por um “núcleo de sentido mais amplo”.

Núcleo que inferimos constituir-se em meio às interações entre a personalidade e a cultura individual da paciente com um estado que imprime profundas mobilizações e reorganizações.

Interação que gera um “núcleo de enfrentamento” surgido como alternativa configuracional reacional do “plenitude subjetiva e configuracional” da paciente, com o papel e a finalidade de mobilizar elementos cognitivos, perceptivos e emocionais da paciente frente ao estar, perceber-se com câncer e enfrentar as limitações e imposições da doença, bem como a maciça interação com elementos de sentidos culturais estigmatizados acerca do câncer.

Proposição que podemos ousar inferir que tal núcleo por meio de seu papel de configurar fortes elementos de sentido frente ao enfrentamento do estar e perceber-se com câncer revela-se

como um “mecanismo de defesa”, o qual tem a difícil missão de eleger elementos de sentido e de “escolher” categorias de sentido que serão mobilizadas e potencializadas emocionalmente, para estabelecerem estratégias de posicionamento e enfrentamento congruente com o atual momento de estado emocional e configuracional da personalidade e da cultura individual da paciente.

Para tal ousado avanço, penso que devemos pensar profundamente no que significa estar e se perceber com câncer, estar enfrentando um processo de tratamento ainda considerado crítico e difícil, enfrentar as atuais formas de tratamento e manter-se forte às constantes interações com sentidos culturais estigmatizados acerca das doenças oncológicas.

Por mais que estudemos ou cuidemos de pessoas com câncer, não poderemos sentir e compreender o que significa estar e se perceber com câncer, não conseguiremos compreender em plenitude a difícil realidade de se perceber e de se sentir frágil, com medo e de sentir profundamente a evidente possibilidade de morte.

Se formos, apenas um pouco humanos, poderemos facilmente perceber e compreender sem livros e sem teorias, que a difícil realidade do câncer sentida junto ao medo da morte e ao seu risco real, desencadeia por meio da percepção real de finitude da vida, bem como a vontade de viver, um profundo estado de mobilização emocional.

Estado emocional profundo que podemos inferir que por si só desencadeia um estado configuracional intenso nas diversas nuances do cenário subjetivo do indivíduo com câncer. Mobilizando e constituindo intensamente novas zonas e núcleos de sentido, bem como imprimindo mudanças profundas na personalidade e nas esferas valorativas do indivíduo com câncer.

Proposição que de maneira indireta nos proporciona inferir que o proposto “núcleo de sentido maior” emerge, como um elemento subjetivo reacional à profunda mobilização emocional desencadeado pela complexa realidade de estar com câncer.

“Núcleo reacional” que por meio da percepção real de finitude da vida pela paciente, bem como a sua vontade de viver, transcende representações cognitivas, perceptuais e emocionais inadequadas. Revelando por meio de estados emocionais profundos advindos da antagônica vivência perspectiva de morte, medo/vida, luta a expressão de sentidos subjetivos, que configuram novas zonas de sentido na necessidade de agir e minimizar a instabilidade bio-psico-social inerente ao processo em que não só a doença mostra-se como um desafio, mas também a submissão aos próprios tratamentos que afloram como um grande desafio.

Esforço que podemos observar por meio da elaboração de estratégias de enfrentamento que se caracterizam pela congruência com o sentido subjetivo de sucesso centralizado na ação volutiva e na dedicação pessoal, o qual tem origem em um núcleo de sentidos estabelecidos a partir da percepção, cognição, emoção, significação e sentido da própria paciente frente a um momento crítico de risco de vida real.

Núcleo que inferimos como desencadeado diante de um processo de enfrentamento antagônico de morte/vida, reflexões acerca da vida, da felicidade, da amizade, dos sonhos e realizações, do amor e infinitos conceitos da cosmovisão humana, levando a paciente a reconceituar por meio de um processo configuracional contínuo e intenso todo o sentido de sua própria vida.

“Núcleo reacional” que dá sentidos e estratégias em meio às interações complexas entre a subjetividade social e individual da paciente frente a uma perspectiva antagônica de morte/vida, bem como frente a construções sócio-culturais reais e/ou estigmatizadas acerca de sua doença e de seu tratamento.

Sentidos e estratégias que no cenário subjetivo da paciente parece se configurar em meio a um intenso processo emocional, dando um sentido subjetivo efetivo e ativo de enfrentamento, diante de uma luta real pela vida e por uma sólida cultura individual onde ela apresenta-se como “sujeito de si”, estratégias marcadas pela positividade, compromisso e comportamento ativo presente na sua forma de se posicionar e enfrentar a doença, bem como na maneira singular e personificada de encarar a vida.

Porém, para avançarmos melhor na compreensão de como as emoções da paciente atuam em meio ao enfrentamento da difícil realidade imposta pela doença, faz-se necessário compreender em que cenário elas atuam e se configuram. Para tal, analisaremos mais alguns relatos e frases produzidas pela paciente.

3.8 - 3º Unidade de Construção

Para avançarmos na ousada construção anterior penso que devemos analisar mais de perto alguns relatos.

Mais que é muito difícil é, porque o câncer ele mata mesmo né, nos começo eu pensava assim ai meu Deus do céu, vo morre!

Eu não vo escapa não, esse câncer no seio do lado do coração, que o meu foi do lado esquerdo né... Eu vo morre, com certeza.

Depois na mesma da hora vinha assim uma idéia na minha cabeça, que idéia ruim essa doida em?

Vo morre nada, vo encara a realidade!

Eu vo vence, Deus ta do meu lado, eu vo encara a realidade e vo consegui.

E ai eu tive o apoio de vocês da minha família, da minha vizinha também foi muito bom, eu não posso me reclama.

E encarei graças á Deus eu to bem!

Podemos perceber, indiretamente neste relato, que a paciente percebe e sente que o câncer é uma doença de alto risco, que impõe além de várias dificuldades o sentimento explícito de medo da morte, que se apresenta como uma evidência real.

Evidência que encara com um intenso desejo de viver, expresso pela coragem, confiança, garra e luta, bem como pelo apoio recebido, o qual parece significar e dar sentido por meio de um centro de referência interno, conseguindo a mobilização de categoria de fé baseada aparentemente em uma cultura de vida ativa e centralizada em si, frente ao choque de se perceber com câncer.

Mobilização inferida por meio da forte categoria de sentido de fé e por um centro de referência interno, significando os elementos de sentido presentes no apoio das pessoas descritas, bem como os elementos de sentido sócio-culturais, de acordo com a realidade de estar com câncer e construindo pequenos núcleos de subjetivação.

Pode-se avançar na compreensão de que tal sentido subjetivo proposto anteriormente, com a concepção de que o sucesso do tratamento depende do seu próprio esforço, interagindo com elementos de sentido sociais expressos na construção da paciente de que “iria morrer com certeza, porque o câncer estava do lado coração”, um sentido subjetivo personificado que a possibilita encarar de forma ativa a difícil realidade imposta pelo câncer, rompendo com instâncias de sentidos sociais.

Proposição que podemos observar indiretamente na construção do seguinte relato:

Ah, eu me senti assim...

Lá embaixo, porque eu pensava assim, ah meu deus do céu será que eu vou conseguir, aí eu ficava com medo e falava assim ah seu for tirar a mama toda, será que eu vou conseguir reagir...

Ah será que eu vou ver os meus filhos casado, cada um tendo sua casa, eu pensava assim...

Outra coisa que a gente fica na mente também, acabou o casamento... Más não, isso só é impressão besta da gente mesmo, é que a gente fica pensando...

É nada e só a gente por as coisas no lugar, ter fé em Deus e encarar a realidade. Graças a Deus meu casamento não mudou nada, os meus filhos não mudo nada, com minha família nada.

Então a gente que faz né...

Pensar besteira na cabeça, “ah não vai dar certo”, ah...

Mais dá sim é só a pessoa pensar positivo.

E uma coisa eu te digo, lá em casa a gente é muito apegado à Deus, tudo que a gente faz a gente nunca se esquece dele, porque ele deixa a gente bem vitorioso...

Ao observarmos a construção expressa neste relato podemos observar a congruência com a construção anterior que a paciente encara a realidade, impõe-se como agente de sentido frente à constante interação com elementos de sentido construídos sob uma base sócio-cultural real e/ou estigmatizada.

Posição de agente de sentido que nos traz a proposição real de que a paciente se posiciona de forma personalizada e ativa frente a sua doença, por meio de elementos de sentidos configurados em meio a uma sólida cultura individual centralizada na própria paciente que possibilitam por meio de rupturas com as instâncias sociais, a potencialização de pequenos núcleos de subjetivação.

Proposição que nos leva a inferir que, além de uma mobilização efetiva frente à doença orientada por uma sólida cultura individual, temos a marcante presença de elementos de sentidos subjetivos, os núcleos de subjetivação, representados pela mobilização emocional, pela posição de “sujeito de si” e pela intensa vontade de viver que abre diferente referência sobre a doença. Por meio do sentido subjetivo confirmado pela sua categoria de fé, a paciente por meio da ruptura descrita, pode converter-se como sujeito de suas ações sociais, podendo em alguns momentos de seu tratamento, emergir como núcleo central em meio aos processos de subjetivação impostos

pela doença, de forma a criar pequenos núcleos de subjetivação que fazem grandes diferenças pois permitem a paciente através da expressão de sua emoção, da personalidade e de sua cultura individual, transcender e enfrentar de maneira ativa as difíceis imposições de sua doença, tornando-se um agente configuracional que submete a doença aos seus sentidos.

Diferentes referências que se expressam nas seguintes frases, construídas na técnica de completamento de frases:

Desejo é ficar livre desta doença para sempre.

Viver é ótimo, é muito bom a pessoa ser viva.

A vida é muito bonita, é só agente dar valor a ela, como eu mesmo, gosto de mim do jeito que eu sou.

Estar doente, agente não está doente, agente luta, é só ter fé em Deus.

Sofro, eu aprendo mais um pouco, vendo as coisas como ela é, tem que ser será.

Estou melhor graças a Deus e a assistência médica e a minha coragem

Minha principal ambição é a minha saúde com certeza, com ela eu consigo tudo

Considero que posso ser uma vencedora de guerra.

Podemos agora avançar na compreensão de que a forte mobilização emocional desencadeada pelo enfrentamento e a percepção de um momento crítico de risco de vida real, bem como a vontade de viver cria em meio à personalidade e a cultura individual da paciente por meio de sua posição de “sujeito de si”, a possibilidade de novos núcleos de subjetivação frente à doença, em um intenso momento configuracional, marcado pela profunda cognição, emoção, significação e sentido de toda a própria vida da paciente.

Proposição que por meio do intenso momento configuracional descrito, cria um núcleo de sentido de posicionamento e enfrentamento frente à doença, cuja unidade de reflexão anterior denominamos de “núcleo reacional”.

Estratégias de posicionamento e enfrentamento que surgem no cenário subjetivo da paciente por meio de complexas zonas de sentido configuradas por um intenso processo emocional, gerado por meio de do suposto “núcleo reacional” sentidos subjetivos efetivos e ativos diante da real luta pela vida.

Características de posicionamento e enfrentamento que sutilmente podemos visualizar no seguinte relato:

Então eu acho o seguinte o se a pessoa tem que caça, tem que caça logo né, porque tarde não adianta né?

E essa coragem que graças a Deus sempre eu tive e tenho até hoje, quando falasse que tem que fazer isso, tenho, tem coragem, até agora posso não te mais vo cria, mais tem que fazer vamo fazer.

Então eu agradeço muito á Deus por isso porque eu sô uma pessoa assim...

Eu penso assim vo fazer uma, eu vo fazer, vo reagi, vo consegui, vai da tudo certo e acaba dando tudo certo, então eu acho o seguinte que a pessoa tem que se decidido, ou sim ou não.

Podemos perceber neste relato, que o elemento de sentido subjetivo que caracteriza o posicionamento da paciente atua em consonância com seu atual momento configuracional, estabelecendo estratégias marcadas pela positividade, compromisso, comportamento ativo e por uma ruptura com as instâncias sociais de sentido.

3.9 - Considerações Finais

Se pararmos para visualizar as construções feitas até o presente momento perceberemos claramente que a forma em que a paciente encara sua doença pela alegria, coragem, dedicação, determinação, ação e fé, centraliza-se num posicionamento ativo baseado na vontade de viver, encarar a realidade e em fazer por merecer.

Percebemos, até então, que sua fé emerge como uma forte categoria de sentido frente a sua difícil luta; compreendemos que ela atua construindo sentidos subjetivos que mediam a configuração de estratégias de posicionamento e enfrentamento, bem como na ruptura com instâncias sociais elaboradas por construções sócios-históricas reais e/ou estigmatizadas.

Avançamos por meio de sua análise na compreensão de que a origem de seu posicionamento e enfrentamento tem origem na percepção real de morte e na sua determinante vontade de viver. Compreendemos que estas duas origens mobilizam por si só um estado de comoção emocional intenso, imprimindo mudanças profundas em sua personalidade e em sua cultura emocional.

Estado emocional que por si só mobiliza um estado configuracional profundo, o qual didaticamente caracterizado por um “núcleo reacional” por meio das profundas reflexões

cognitivas, perceptivas e afetivas e demais conceitos e sentidos da cosmovisão humana, impostas pela doença. De acordo com a totalidade sistêmica da paciente, esta inconscientemente “procura” por meio de um “núcleo reacional”, categorias de sentido que possam fazer frente à intensa mobilização imposta pela difícil realidade bio-psico-social do câncer, transcendendo a dor e superando suas próprias limitações.

Construção que nos leva a pensar que nuances humanas atuam em meio às interações complexas entre a subjetividades social e individual, promovendo rupturas do indivíduo com o social, promovendo novos sistemas de significados e sentidos que implementam uma ação terapêutica profunda por meio da configuração de novos de núcleos de subjetivação.

Esses núcleos podem criar novas zonas e instâncias de significação de sentido promovendo e mediando a compreensão e a aceitação real da doença, potencializando o resgate da auto-estima, imagem e identidade, para o contato e resgate do eu, para a melhoria na qualidade de vida e para a auto-realização.

O que nos traz a percepção de que a emoção pode atuar na difícil realidade do câncer, como um complexo e especial fenômeno constituinte da própria realidade humana, tenha por si só a capacidade de imprimir um estado configuracional intenso que transpassa as mais diversas facetas humanas. Podendo levar o sujeito a reconceituar acerca de todo o sentido de sua própria vida, levando a decisões e posicionamentos transcendentais em relação aos seus valores, crenças e demais esferas de sua vida, ultrapassando da busca de alívio e cura da doença para a busca de uma auto-realização e a confrontação com uma totalidade sistêmica da vida.

O novo olhar nos lança em uma realidade complexa, determinada pela exploração e busca constante de compreensão do ser humano por meio de um olhar voltado para o cenário subjetivo e uma nova perspectiva de modelo científico, que atinja o ser humano em todas as suas diferentes nuances, obscurecidas por uma perspectiva moderna de ciência.

Ousada proposição?

Talvez!

CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo buscamos avançar na compreensão, por meio da análise e da construção de um estudo de caso real, da importância de fatores de natureza emocional na configuração de sentidos subjetivos, que possibilitassem a paciente analisada, estabelecer estratégias de posicionamento e enfrentamento ativas e positivas à difícil realidade imposta pelo câncer.

Buscamos, incessantemente, de forma indireta, em meio ao cenário subjetivo da paciente pesquisada, entender por meio do avanço, na compreensão de suas zonas de sentidos, a origem da mobilização de fatores emocionais e de compreender a atuação das categorias de sentido e sentidos subjetivos mobilizadas frente ao seu estado atual de saúde, buscando entender de que forma fatores emocionais atuam junto às interações complexas entre a subjetividade social e individual, configurando sentidos subjetivos voltadas para a constante produção de processos e estratégias subjetivas efetivas de posicionamento e enfrentamento. Tentando compreender como sentidos subjetivos configurados por estados e fatores emocionais podem gerar novas zonas de significados e sentidos direcionadas para uma ação terapêutica profunda, possibilitando o sujeito expressar processos e estratégias efetivas e positivas frente a difícil realidade imposta por sua doença.

Por meio da marcante categoria de fé, expressa como um forte elemento de sentido, no cenário subjetivo da paciente pesquisada, buscamos avançar na compreensão de como esta importante categoria de sentido surge e atua constituindo-se em uma rede de zonas de sentidos determinada por sua doença. A paciente constituiu por meio do amor próprio, do comportamento e posicionamento ativo, do esforço, do otimismo, da dedicação, da persistência, da ação consciente, da esperança, da coragem, da positividade e da alegria, uma singular maneira de manter-se forte e ativa diante da difícil realidade do posicionamento e enfrentamento de um câncer de mama maligno, da submissão a uma mastectomia radical, do enfrentamento do tratamento quimioterápico, bem como do enfrentamento dos inúmeros e difíceis efeitos colaterais orgânicos e psicossociais gerados ao longo de um tratamento ainda considerado em uma fase inicial e crítica.

Avançamos por meio de um processo de construção e interpretação complexo indireto e não-linear na compreensão, de que sua categoria de fé tem origem em uma constituição subjetiva e histórica da paciente, expressando-se como um núcleo mobilizador de sentidos “escolhido” em meio à constituição subjetiva do sujeito para fazer frente ao profundo estado de mobilização imposta pela difícil realidade do câncer. Mobilização que tem como origem a difícil percepção da possibilidade real de morte, bem como na grande vontade de viver da paciente, origens que por si só imprimem profundas mudanças na sua constituição.

Proposição que nos levou, indiretamente, a compreender a categoria de sentido expressa pela fé da paciente, como um forte elemento de sentido configurado por um “núcleo de sentidos mais amplo”. Núcleo que ousamos na compreensão de que se constitui em meio ao atual momento configuracional da personalidade, da cultura individual e através da intensa mobilização emocional desencadeada pela percepção real de finitude da vida, bem como a profunda vontade de viver do sujeito frente ao estar, perceber-se e enfrentar o câncer. Construímos a partir desta proposição, a concepção de que tal “núcleo de sentido mais amplo” configura-se como a finalidade de mobilizar elementos cognitivos, perceptuais e emocionais da paciente diante das limitações e imposições reais de sua doença, bem como da maciça interação e confronto com elementos de sentidos sócio-culturais reais e/ou estigmatizados acerca do câncer.

Indiretamente, podemos inferir que tal “núcleo de sentido mais amplo” representa a conceituação didática do momento configuracional e reacional desencadeado pelos diversos elementos e zonas de sentido configurado no perceber-se, estar e enfrentar o câncer.

Perspectiva que direcionou a idéia de que tal núcleo por meio de sua função de gerar e mobilizar elementos de sentidos constituídos na “totalidade subjetiva” da paciente acerca do cenário imposto e constituído pelo câncer. Constituindo-se como um momento configuracional reacional do atual estado de saúde e mobilização da paciente, atuando como um “mecanismo de defesa”, o qual supus ter a difícil missão de “escolher” categorias de sentido capazes de configurar sentidos subjetivos que proporcionem estratégias de posicionamento e enfrentamento congruentes com o seu atual momento configuracional de personalidade, de cultura individual e de estado emocional.

“Núcleo de sentidos reacional” que por meio da percepção real de morte pela paciente, bem como a sua vontade de vida, transcende configurações e sentidos cognitivos, perceptuais e emocionais inadequados. Criando por meio da mobilização de estados emocionais profundos

advindos do antagônico estado, morte/vida, a expressão de sentidos subjetivos que atuam em novas zonas e elementos de sentido, na necessidade de minimizar e superar a instabilidade bio-psico-social inerentes e impostas por um processo, em que não só a doença constitui-se como um desafio, mas também a submissão aos próprios tratamentos que emergem como um grande desafio.

Podemos supor que tal “núcleo de sentidos reacional” desencadeia frente à constituição subjetiva sócio-histórica da paciente, a formação de estratégias de posicionamento e enfrentamento, permeadas pelo risco real de vida, pela sua intensa vontade de viver e por reflexões acerca da vida, da realização, da felicidade, da amizade, dos sonhos e auto-realizações, do amor e de infinitos conceitos da cosmovisão humana.

Configurando por meio de uma “zona de sentidos cosmovisiva” a criação de sentidos subjetivos que atuem mobilizando estratégias de posicionamento e enfrentamento frente às interações complexas entre as subjetividades social e individual da paciente diante de uma perspectiva antagônica de morte/vida, bem como a construções sócio-culturais reais e/ou estigmatizadas, personificadas e congruentes ao seu atual momento configuracional de personalidade, de cultura individual e do estado de mobilização emocional, ou seja, congruente a si própria.

Características de estratégias de posicionamento e enfrentamento que podemos construir e perceber por meio da análise da categoria de fé da paciente, a qual configura um sentido subjetivo de que o sucesso de seu tratamento depende de que seus atos sejam desempenhados com prazer, alegria, carinho, amor e trabalho, subordinando suas estratégias ativas de enfrentamento à fidelidade e ao comprometimento em desempenhar suas ações com zelo e dedicação.

Sentido subjetivo que possibilita que as instâncias sociais sejam construídas a partir do lugar da paciente e não da doença, tornando a paciente um agente configuracional de seu estado de saúde. Proposição que podemos observar ao longo de seus relatos por meio das pequenas rupturas que a paciente estabelece com a difícil realidade imposta por um enfrentamento de um estágio ainda considerado inicial e crítico de sua doença, bem como pela capacidade de se posicionar como agente de sentido frente às instâncias sociais que permeiam os processos de percepção, aceitação posicionamento e enfrentamento de sua doença.

Através do sentido subjetivo configurado pela sua categoria de fé, a paciente, por meio da ruptura descrita, pode converter-se como sujeito de suas ações sociais, podendo em alguns

momentos de seu tratamento, emergir como núcleo central em meio aos processos de subjetivação impostos pela doença, de forma a criar pequenos núcleos de subjetivação que fazem grandes diferenças pois permitem à paciente, por meio da expressão de sua emoção, de personalidade e de sua cultura individual, transcender e enfrentar de maneira ativa as difíceis imposições de sua doença, tornando-se um agente configuracional que submete a doença aos seus sentidos.

Construções que nos levaram a perceber, por meio da natureza do sentido subjetivo expresso pela categoria subjetiva de fé, bem como a sua origem de mobilização e configuração frente às difíceis realidades impostas pela doença, que as suas estratégias e formas de mobilização configuram-se em meio a uma sólida cultura individual onde a paciente assume a condição de “sujeito de si”.

As construções realizadas por meio da análise e compreensão da mobilização emocional imprimida pelo impacto da doença no cenário subjetivo da paciente expressa na construção didática do “núcleo de sentidos reacional”, bem com pelos avanços realizados na compreensão da origem e atuação do sentido subjetivo configurado pela sua singular categoria de fé e das estratégias de posicionamento e enfrentamento, possibilitaram perceber neste trabalho a compreensão de que a emoção constitui-se no organismo humano através de um complexo ponto de interseção entre o funcionamento psicofisiológico, subjetivo e social.

Ponto de interseção que podemos visualizar por meio da construção de um “núcleo de sentidos reacional” e por meio da análise e da compreensão da categoria de fé da paciente, como um momento que propicia uma ruptura do indivíduo com as instâncias sociais, permitindo por meio da emoção, a configuração de momentos de qualidade onde a paciente pode expandir suas potencialidades, pode ser ela mesma, onde os relacionamentos entre o indivíduo e o seu meio e/ou sua doença, comprometem-se simultaneamente com processos de auto-organização da subjetividade.

Proposição que se fundamenta de acordo com González Rey (2004), pela capacidade da emoção como fenômeno constituinte da própria realidade humana, por si só imprimir mudanças profundas na personalidade pela organização empreendida nas esferas valorativas do paciente oncológico, tendo impacto direto nas formações subjetivas que já se haviam organizado no campo personológico e no sentido subjetivo dado à doença.

Perspectiva que nos leva a pensar que nuances humanas, através de sua natureza emocional frente a um intenso estado configuracional, atuam em meio às interações complexas entre as subjetividades social e individual, promovendo rupturas do indivíduo com o social, promovendo novos sistemas de significados e sentidos que implementam uma ação terapêutica profunda por meio da configuração de novos de núcleos de subjetivação, direcionados para a compreensão e aceitação da doença, para o resgate da auto-estima, imagem e identidade, para o contato e resgate do eu, para a melhoria na qualidade de vida e para a auto-realização.

Talvez a compreensão buscada pelo objetivo deste estudo acerca do papel da emoção, expresse-se na compreensão da emoção como um complexo e especial fenômeno constituinte da própria realidade humana tendo por si só, a capacidade de imprimir um estado configuracional intenso que transpassa as mais diversas facetas humanas. Podendo levar o sujeito a reconceituar acerca de todo o sentido de sua própria vida, levando a decisões e posicionamentos transcendentais em relação aos seus valores, crenças e demais esferas de sua vida, transcendendo da busca de alívio e cura da doença para a busca de uma auto-realização e a confrontação com uma totalidade sistêmica da vida, o que nos traz a reflexão de que o ser que adoece é o mesmo ser que pode se curar.

Apêndice I

Consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo desses encontros no Hospital de Base de Brasília, na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília é a coleta de dados para a formulação de um estudo de caso que será analisado em uma pesquisa sobre o papel da emoção no enfrentamento do câncer.

Este projeto é desenvolvido por Alexandre Augusto Barros Valls, aluno do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, na disciplina de Monografia, para a obtenção da graduação em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Luis González Rey.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na participação de dois encontros no decorrer de uma semana. Cada encontro consistirá por uma entrevista de duração livre e gravada em fita cassete, realizada por um único pesquisador. A data e o horário de cada encontro podem ser agendados antecipadamente de acordo com a sua disponibilidade.

Você é livre para decidir se quer ou não participar desta pesquisa. Caso você escolha participar e confirme este consentimento, você poderá entrar em contato com o pesquisador e receber um retorno sobre os resultados da pesquisa. Você é livre para retirar o consentimento e desistir de sua participação a qualquer momento, sem que sofra nenhuma penalização. Sua identidade será mantida em sigilo, ou seja, só o pesquisador saberá o seu nome.

A sua participação não envolve nenhum tipo de risco que possa ameaçar sua integridade física e/ou psicológica. Ao contrário, o diálogo franco, aberto e reflexivo proposto pela metodologia de cada encontro acerca de sua situação só poderá trazer benefícios em forma de uma melhor compreensão da sua posição frente à doença.

O pesquisador pode ser procurado a qualquer momento da pesquisa para esclarecer dúvidas que você tenha em relação à sua participação.

Data:...../...../.....

.....
Paciente

.....
Alexandre A. B. Valls
(Pesquisador)

Anexo I

Complete as seguintes frases, sendo sincero e honesto consigo mesmo:

- 1) **Eu gosto** do atendimento, do medicamento que to fazendo, da maneira de tratar as pessoas, de mim mesmo, gosto do jeito que eu reajo ao meu tratamento, gosto da maneira de ser tratada, gosto de ser alegre com todo mundo, gosto da sinceridade das pessoas e gosto de ser feliz com todo mundo.
- 2) **O tempo mais feliz** da minha infância.
- 3) **Luto** pela liberdade, pela vida, pela saúde, pelo estudo de meus filhos, pela paz, pela amizade e compreensão.
- 4) **Lamento**, mais ta dando tudo certo, por tudo que fiz e to fazendo até hoje.
- 5) **O hospital** é bom, ajuda muitas pessoas, tem muita gente que não tem condições de se tratar, chega aqui e consegue, por isso que repito, gosto muito do que faço.
- 6) **Estar doente**, agente não está doente, agente luta, é só ter fé em Deus.
- 7) **Na família**, paz, sossego, saúde graças á Deus compreensão.
- 8) **A vida** é muito bonita, é só agente dar valor a ela, como eu mesmo, gosto de mim do jeito que eu sou.
- 9) **Sofro**, eu aprendo mais um pouco, vendo as coisas como ela é, tem que ser será.
- 10) **Preciso** de vocês para me dar mais força da realidade ainda.
- 11) **Viver** é ótimo, é muito bom á pessoa ser viva.
- 12) **Cuido**, cuidar é muito bom, á pessoa vive mais, agente tem mais atenção.
- 13) **Meu futuro** é meus filhos, meu esposo é a minha família.
- 14) **O passado** foi muito bom, queria é viver de novo se fosse possível.
- 15) **Secretamente eu**
- 16) **Estou melhor** graças á Deus e a assistência médica e a minha coragem.
- 17) **Espero** que tudo de certo, para mim e para todos.
- 18) **Minha maior preocupação** é como o futuro, é os meus filhos e a minha saúde.
- 19) **Desejo** é ficar livre desta doença para sempre.
- 20) **O casamento** até agora está indo muito bem graças á Deus, não posso reclamar se não pode desviar.

- 21) **As doenças** não.
- 22) **Meu maior problema** é ter que sair de casa quase o mês todo, para o hospital para fazer o tratamento.
- 23) **O trabalho** ta mais ou menos.
- 24) **Amo** a minha mãe.
- 25) **Minha principal ambição** é a minha saúde com certeza, com ela eu consigo tudo.
- 26) **A família** vai indo bem graças á deus, adoro os meus filhos são minha paixão.
- 27) **Antes** eu amo a mim mesmo.
- 28) **No futuro** ter uma casa boa como meus filhos, estudo e um emprego.
- 29) **Gostaria** de poder ajudar todo mundo que precisa-se principalmente quem tem câncer.
- 30) **Me cansa** preocupação.
- 31) **A felicidade** é muito boa.
- 32) **Minhas aspirações** é sossego, contar com amizade do povo e me sentir bem.
- 33) **Considero que posso** ser uma vencedora de guerra.
- 34) **Diariamente me esforço** para me manter com minha família, gosto muito de correr atrás.
- 35) **Esperam que eu** me de muito bem como o que eu to fazendo, o que eu faço é de coração, agradeço muito á Deus.
- 36) **Meus amigos** eu amo de verdade, não posso esquecer.
- 37) **Meu maior desejo** á viver livre desta doença e todos que tiverem ela.
- 38) **No trabalho** é muito bom, é saúde, é viver, é manter a casa da gente.
- 39) **Depois** de agradecer á Deus por tudo que agente tem na vida.
- 40) **Sempre quis** ter boa vida e boa sorte, só.

Muito obrigado por sua participação!

Anexo II

Transcrição literal da entrevista realizada no segundo encontro.

C: A minha história é a seguinte, tem um ano que eu comecei a sentir o seio dolorido e daí a partir de diante começou a doer, fui pro médico ele pediu uns exames, uma mamografia e aí depois que eu... Aí ele me encaminhou pra cá eu fiz os exame pra opera e aí no dia 2 de 2004 eu operei, em setembro.

C: Nos começo pra mim foi muito difícil, mais deu para superar com a ajuda de vocês, do hospital, dos médicos eu encarei a realidade e tive que enfrenta e continuo enfrentando mais tá tudo bem.

C: Então, o seguinte, o recado que eu tenho pra manda é o seguinte, quem tem essa doença não se desanime; do jeito que eu fiz a cirurgia correu tudo bem, dá certo pra todo mundo, eu tô fazendo a quimioterapia eu tô com umas 8 sessões aí o médico pediu mais 2 exames um ainda eu não fiz, porque o hospital aqui não tem material, ele disse que vai avaliar vai ver se eu vou poder ir fase mais tratamento ou não. Então eu tô aí, dia 30, eu tenho mais uma pra mim fase e espera o que que ele vai falar, mais pra mim foi tudo bem tudo ótimo.

A: Parece que entre as outras pacientes, você é uma paciente que se destaca porque você está sempre alegre...

C: Ah, eu sou uma pessoa assim que gosta de conversa, gosto de desabafa. Eu não sei guardar mágoa de ninguém, se eu tiver que dá um recado eu do logo, sabe...

C: Pra mim foi muito difícil por que minha família mora longe, quando foi pra mim opera, inclusive eu já falei isso né...

C: Eu tive que...

C: A minha sogra passou comigo 4 meses aí depois venho minha irmã, agora eu tô sozinha né, porque agora eu tô mais recuperada, meus meninos tem que estudar... Dois estudam né e a outra fica em casa, mais tem que ter alguém pra ficar com ela porque ela é de 6 anos, mais nem por isso nunca matei um dia de meu tratamento, no dia certinho tô lá, com garra, com luta tô vencendo e vou vencer, com fé em Deus.

A: Então, você fala muito, no questionário que preenchemos e em muitas vezes que a gente conversou que você tem assim uma força de...

C: Há eu tenho muita fé em Deus sabe porque eu penso assim, se a gente for desistir então agente não tem fé no que tá fazendo né!

C: E eu tenho muita fé no que eu faço, eu tenho mesmo...

C: Eu tenho muita fé em Deus também porque eu quando eu...

C: Inclusive eu já falei também naquele outro relatório né...

C: Quando eu operei que foi pra mim fazer a quimioterapia teve muita gente que... “Ah não vai dar certo não, se você fizer vai morrer...” Aí eu fiquei assim naquela dúvida, aí meu Deus eu faço, aí depois eu falei assim... “Ah eu vou fazer...”

C: Então eu pensei pelo lado positivo né!

C: Se tem que faze eu vou faze né, e graças á Deus tudo dando certo, nunca passei mal, nunca deu nada de errado nos meus exames...

C: Você tem uma idéia de quantos exames eu já fiz?

A: **Acredito que foram muitos.**

C: Eu já fiz 38 exames... Olha que não é fácil, né?

C: Toda a fez que você vai faze tão ti espetando na veia, minhas veias já ta tudo...

C: Mais faze o que tem que encarar...

C: Ih eu continuo li falando, quem tem essa doença não se desanime, não se desespere, não vá pela cabeça dos outros, porque às vezes se é pra gente dá uma palavra que às vezes é de anima né, te desanima, porque a realidade é a gente encarar de frente, te fé em Deus e pé no chão.

A: **Fico pensando então como você vê o câncer.**

C: Com é que eu vejo o câncer...

C: Eu vejo o câncer assim, uma doença que às vezes aparece na pessoa, na gente...

C: Mais às vezes a gente pensa que não é nada demais e deixa passa o tempo, hoje, amanhã... E não trata não é...

C: E então quer dizer o câncer ta te vencendo, mais se a gente luta por ele, tratar dele, eu acho que o câncer não é vencedor, a gente sai vitorioso...

C: Porque a gente tem que te fé no que ta fazendo, tem os apoio das pessoas, que eu não tenho que reclamar aqui do hospital, inclusive V. ... Deixa eu fala nela porque na outra fez acho que a gente esqueceu dela... A V. da uma força muito grande pra gente, da os vales transportes, eu mesmo tiro as cestas, eu agradeço ela, foi ela que me incentivou a isso...

C: E ter fé em Deus.

C: Mais alguma pergunta?

A: **Acho que tenho várias, afinal sua história me parece bem rica.**

C: Então vai...

A: **O que você faz e até por aquilo que você respondeu no questionário, você tem além dessa força e desta fé que você tem muito grande, você tem... Parece que tem um apoio da família muito grande, tem...**

C: Ah, tenho graças à Deus... Apesar de minha família vive longe, mais me liga todo dia, me ajuda, porque se minha família não me ajudasse eu não sei como era que eu estaria passando por esta barra.

C: Me ajuda não só é em termo de ajuda de dinheiro de mercadoria, me ajuda em palavra que às vezes se tão um dia que se ta assim lá em baixo né, não tem disposição pra nada... Mais se você, com você mesmo uma vez eu cheguei lá embaixo, se você chega e dá uma palavra de conforto né, de carinho, já a pessoa se sente forte, já se sente vencido né!

C: Então inclusive minha família me ajuda não é só com palavra, e nem só com carinho, me ajuda com dinheiro também...

C: Pra que?

C: Não é pra mim luxa, se amostra é pra mim trata do necessário, tratar da minha doença, como tem várias receitas de remédio lá em casa que o médico passo e eu não tive condição de compra, compro com minha família.

C: Então eu posso dizer assim que eu não tenho o que reclama... Né até agora eu só tenho que contar vitória e agradecer mais e mais...

A: Me pergunto como você deve ter se sentido quando descobriu que estava como câncer.

C: Ah, eu me senti assim...

C: Lá embaixo, porque eu pensava assim, Ah meu deus do céu será que eu vou conseguir, aí eu ficava com medo e falava assim ah seu for tirar a mama toda, será que eu vou conseguir reagir...

C: Ah será que eu vou ver os meus filhos casado, cada um tendo sua casa, eu pensava assim...

C: Outra coisa que a gente fica na mente também, acabou o casamento... Mas não, isso só é impressão besta da gente mesmo, é que a gente fica pensando...

C: É nada e só a gente por as coisas no lugar, ter fé em Deus e encarar a realidade. Graças a Deus meu casamento não mudou nada, os meus filhos não mudou nada, com minha família nada.

C: Então a gente que faz né...

C: Pensar besteira na cabeça, “ah não vai dar certo”, ah...

C: Mais dá sim é só a pessoa pensar positivo.

C: E uma coisa eu te digo, lá em casa a gente é muito apegado à Deus, tudo que a gente faz a gente nunca se esquece dele, porque ele deixa a gente bem vitorioso...

A: Percebo que a fé para você é algo para q...

C: É... A. vou contar um exemplo de vida aqui... A gente mora numa chácara, quando eu operei, eu cheguei duas horas em casa, que a chácara da gente passa um rio muito bonito...

C: Se quisé se vai lá um dia, tá convidado pra ir mais V. um dia...

C: Aí agente fez a casa na beira do rio assim, mais a gente não sabia que a enchente passava lá né, que quando a gente compro, a gente penso que a água passava mais longe... Cheguei duas horas quando foi quatro horas, começou a água do rio invadi a casa...

C: Meu marido não tava em casa nesse dia...

C: Nois não ficamos com nada, a enchente levou tudo, de coisa que salvo só a geladeira e o fogão com bujão, nos ficamos sem cama, sem colchão, sem panela...

C: Sem nada, aí foi um meio de desespero pra mim viu? Falei “meu Deus do céu”, a casa a gente só via à água passando assim pra quase a metade dela. Não salvamos nada, nada pra dormir, a gente dormia na casa da vizinha...

C: To te falando... Nem por isso a gente foi se desespera, foi pula de cima de um prédio...

C: Aí nós tivemos fé em Deus, aí o povo ajudou a gente também a gente encara a realidade fizemos outra de novo e fomos lá. Pra você vê, conseguimos mais do que a gente tinha...

C: Tá vendo a fé é tão boa, gente que a gente nunca nem tinha visto, ó eu mesmo nem conhecia, quando passo lá que viu, como a gente tava com a enchente... “Ah eu vou ajuda...” tem um amigo da gente que deu 40 telha, não sobre nada!

C: E eu sozinha operada não podia fazer nada... E a outra vizinha do outro lado, aí outro deu uma telha, outro deu assim um tijolo, outro...

C: Então se a gente tivesse se desesperado tivesse naquela má fé, não tinha conseguido nada...

C: E nós não pedimos nada pra ninguém, porque eu acho o seguinte quanto à pessoa tem boa vontade e boa fé não precisa pedir né, se eu vejo que você tá precisando de alguma coisa de uma ajuda de uma palavra de uma palavra de conforto não precisa eu... Se pedi né!

C: Então eu digo a fé ela é muito boa...

C: Meus filho nunca fico sem estudar, por causa de tragédia nenhuma, meus filho nunca passo fome, até em boa hora eu falo com fé em Deus nunca vai passar, nunca perdeu uma aula por causa de um chinelo...

C: Então a fé ela é muito boa, é só a pessoa ter fé e coragem.

A: O que seria fé pra você?

C: O que é a fé...

C: É tudo o que você faz, faz com amor e com carinho...

C: Se você, por exemplo... Não, vamos supor, eu vou fazer um café né, se eu não fazer mal humorado, com raiva né, com ódio então, nem tem fé naquela comida que se tá fazendo né! Só se você for fazer com fé, alegria é lógico que aquilo já é uma fé, eu acho que a fé é isso né.

C: Ah eu consegui, vamos supor um carro, ah o meu emprego não dá pra comprar um carro é doido é, ah mais eu vou por fé trabalhar, eu consegui com um ano ou dois né. Oh lá comprei um carro, olha, tá vendo eu acreditei tanto na fé que eu consegui o carro, eu acho que a fé é isso.

C: A fé é a gente ter... Amo ao próximo né, gosta de si mesmo, gosta do que se faz, eu acho que pra mim isso tudo é fé.

A: E assim você lida com sua doença

C: E é assim que eu lido com minha doença e é assim que eu tenho fé que eu vou ficar boa... E eu vou sair dessa.

C: O médico, o meu médico mesmo fala que a paciente mais honesta que tem é eu, nunca matei uma consulta, nunca perdi um exame eu procuro um exame do primeiro tratamento e tá aqui... É uma dedicação que ele diz que acha que é muito bonito em mim.

C: Então eu penso assim se eu fiz é pra guardar, eu tenho que conservar não é, se não pra jogar fora não precisa fazer, então pra isso é fé...

C: No dia que eu ficar boa que não precisa mais tá, é não preciso mais, mais tá tudo aqui, eu tive fé e eu consegui...

C: Deseja mais alguma coisa?

A: Eu estava pensando que aqui no 5º, você sabe bem também que temos muitas pessoas com câncer que são muito amarguradas, tem muito medo, estão...

C: Outra coisa que eu não tenho com ninguém...

C: Eu não sei mais fica de cara fechada com ninguém, lá mesmo onde eu faço tratamento tem uma menina que ela chega mal se abre a boca pra dar bom dia, é de cara amarrada...

C: Eu não consigo ficar assim com ninguém, eu acho que aquilo é sei lá, eu acho que faz mal para a pessoa mesmo...

C: Eu não sei, minha mãe mesmo fala: “Ah C. você é muito diferente das minhas filhas, se conversa de mais, se é muito alegre com todo mundo”, eu falei, “ai eu sou”, porque quando eu

chego na rua se passo por uma pessoa de cara fechada, pra mim o problema é muito grave para que a pessoa não pode resolver.

C: Os meus menino lá em casa é tudo assim, puxo a mim pra conversar, eles pode te vê a primeira vez e já vai puxando conversa.

C: Então eu acho que isso é muito com a pessoa, a pessoa que é alegre, conversador se ta sentindo alguma coisa fala logo o que ta sentindo, corre atrás que fica não é, toda... “Ai eu não consigo não...”.

C: Eu acho muito bonito também gente que conversa.

C: Mais, mais minha vó dizia que a pessoa que conversa muito vive muito, então eu vou viver muito.

A: Dizem que as pessoas alegres vivem mais, né.

C: Ó quando eu era novinha... Minha mãe fala assim que as pessoas quanto é novinha é uma coisa quanto chega a idade é outra, mas não tinha quem me via novinha que me diz que é eu hoje.

C: Então eu falo o seguinte eu acho que quem faz o mau amor da gente é a gente mesmo.

C: Eu graças a Deus não tenho que reclamar pra mim o hospital é ótimo, me ajudo em muitas coisas, tem exame que era particular e eu não tive condição de fazer, os médicos mesmo me informo vários lugar pra mim fazer, corri atrás e consegui.

C: Mais é o ditado a gente também tem que correr atrás né! Não é só querer e ficar “ah vai cair do céu”, né! Que do céu só cai chuva né, a pessoa tem que lutar também!

C: Então é o seguinte que eu falo é esse, não tenho aí o que dizer do hospital pra mim ele é muito bom, várias coisas eu consegui foi aqui no hospital, então pra mim, a realidade é essa, a pessoa ter fé em Deus e encarar a realidade de frente.

A: O que você considera que a sua doença te trouxe de bom?

C: De bom... nada!

C: Perdi emprego por causa da doença...

C: Eu com um mês e pouco que eu tava com tratamento que era pra operar, eu tive que sair do emprego, tava doente. Ai quando eu operei, não eu fiquei de aviso prévio, quando eu operei que o médico falo que eu não ia poder mais trabalhar, que ele me deu o atestado pra mim levar lá na firma, é...

C: Praticamente eu posso dizer que só me deu prejuízo... Nada de bom ele trouxe...

C: Tá bom né porque eu tô viva, porque o que eu tô fazendo tá dando certo, mais em compensação eu posso dizer que fiquei inválida.

C: Eu não passo uma roupa, por causa do calor, eu não limpo uma casa por causa do movimento do braço, que o médico falou que nem pensar, então o que trouxe de bom, nada!

C: Eu só tenho de bom mesmo porque eu tenho os meus filhos, eu tenho o meu marido que eles quando estão no trabalho estão, quando não estão eles estão em casa e eles fazem de tudo.

C: Mas pra mim mesmo dizer assim... Praticamente trouxe prejuízo pra mim.

C: Agora que eu vim também dá entrada nos papel do INSS, e porque até isso pra mim dá entrada, porque idade mesmo eu não tenho né, me aposentar por idade, eu tenho que dar entrada pelo tempo de trabalho.

C: Eu tenho que ficar dependendo do médico, eu tenho que ir lá no dia da consulta pega um relatório médico, levar lá, aí naquele dia vou fazer uma perícia, depois daquele dia tenho que voltar de novo e no médico pega outro, torna levar lá...

C: Então quer dizer isso não tem nada de bom...

C: É só o que eu tenho a lamentar nesta parte, mais o contrário pra mim tá tudo bem.

A: Me parece que foi muito difícil para você se perceber inválida.

C: Ah eu, tantas coisas, porque...

C: já pensou você não pode fazer as coisas que você fazia antes, você não lava uma roupa, não passa, quer dizer praticamente você tá dependendo dos outros. Se você fosse lá fazer uma comida você não pode porque tá perto do fogão, daquele calor que não pode te esquentar, pra mim tô praticamente inválida.

C: Você não pode trabalhar, você não pode pegar nada pesado, se não pode fazer nada de esforço, não é, não tem coisa pior no mundo do que isso.

C: Outra coisa que eu pensei, eu pensei assim quando eu operasse eu não ia ter esse problema...

C: Eu nunca pensei que ia ter esse problema e era quando que ia ter né!

C: Só que eu não sabia, quando fui sabe já tava operada, então foi outro choque muito grande quando o médico chegou lá na minha quarto pra levar os relatórios, que foi falar pra mim, pra mim esse foi um choque grande que também eu levei, que praticamente quando eu fui operada eu não sabia disso eu sabia sim que eu ia tirar a mama, que corresse tudo bem eu ia ficar bem eu ia fazer o tratamento aí eu sabia mais esse negócio daí, de ficar praticamente assim eu não sabia.

C: Então é um choque que a pessoa leva assim naquela hora mais depois passa né!

C: A gente fica, tem que se conformar, depois não adianta desesperar, reclamar da sorte, porque nem posso né!

A: Estava pensando, como você se olharia agora para você antes.

C: Isso a gente fica, muito pensativa...

C: Porque tempos atrás eu não era gorda assim...

C: Eu não, não era assim gorda depressiva...

C: Hoje toda coisa pra mim eu fico nervosa, fico nervosa eu fico chateada, antes de eu fazer este tratamento eu não era...

C: Eu fico assim pensando como as pessoas mudam de repente assim praticamente de uma hora para a outra, de uns certos anos pra cá.

C: Eu não era gorda, hoje eu tô gorda, horrorosa, mais mesmo assim eu me conformo sabe, aí meu cabelo era grande, se lembra?

C: Quando eu tava ali em baixo?

A: Me lembro, lá no ambulatório.

C: Tava bonito, eu peguei e cortei, porque o médico falou que ia cair, aí eu falei “aí meu Deus pra reação se menos eu vou cortar”. Cortei e acabou nem caio, aí eu falei olha que a pressa come cru, aí eu falei agora vou te deixar pequenininha porque eu não posso fazer nem movimento com essa mão né, pra cabelo grande dá muito trabalho pra desembaraçar, aí eu falei vai continuar pequeno mesmo.

C: Então a gente fica assim pensando meu Deus porque a vida prega tanta surpresa né...

C: Mais é se conforma né, mais nem por isso eu...

C: Volto a repetir de novo, vou ficar mal humorada né com ninguém, nem chateada, tem que encarar a realidade, fazer o que né, eu entrego a Deus.

C: Mas que a pessoa fica assim muito, tem dia que a pessoa ta pra baixo mesmo, muito pensativa...

C: Eu mesmo não vo te meu cabelo como ele era, nem pensar, porque o médico mesmo falo pra mim esse remédio é muito forte, ele estraga os nervos, ele estraga a raiz do cabelo, ele deixa a gente tensa nervosa, então não tem como né, mais nem por isso eu vo “ahhhh”, eu to muito feliz ainda sabia?

C: Com o que eu to fazendo, eu to fazendo com coragem, eu to fazendo com fé e ta dando certo graças á Deus.

A: Percebo que você ainda passa por momentos de tristeza.

C: Ah passo, muito por causa, que eu ajo que ainda vou te muita coisa pela frente...

C: Não que ele me dissesse, sabe?

C: Mais tem hora assim que a gente vê assim, captura na palavra do médico quando ele vai abri a boca pra fala alguma coisa, ó pra você senti o mês passado ele disse que era á ultima dose que eu ia toma é a 7, aí quando foi na ultima consulta ele falo “ta bem dona C.”, eu falo to...”Os exame ta bem” digo eu não sei, isso quem vai me dizer é o senhor, por que ele gosta de faze uma gracinha assim, aí ele falo “os exames ta bem, mais eu vo te que pedi mais dois” eu falei mais não é a ultima... Ai ele falo “não vai te que fase mais pouco”.

C: Ai eu fiz os dois exame, ta bem aí ele “dia 5 você se volta de novo...” voltei com um exame de sangue, “ah dona C. vai de que faze mais duas” fiz uma dia 5 e vou faze uma dose dia 30, ah que esse exame que eu vo fase aqui ele disse que ainda vai avaliar, sabe se vai continuar o tratamento ou não.

C: Então eu penso assim que eu acho que não ta no final não, como é que é ta no final e ele fica só pedindo exame, ah antigamente era só um exames, agora ele pede dois.

C: Eu acho que alguma coisa ta em duvida né!

C: Então é o que eu acho, mas nem por isso eu, vo desanima, não vo faze, não vo trata né, se fo pra faze eu faço, tudo de novo!

A: Parece que você reage a tudo isso com muita coragem, com muita fé, mais é como você sempre diz, é uma luta que às vezes...

C: Ó quando eu trabalhava 5 horas eu já tava em pé, arrumadinha pra sai pro serviço, eu continuo levantando no mesmo horário, 5 horas se pode liga lá em casa pra vê, eu to acordada.

C: Eu nunca gostei de fica em cama, posso ta... Só se eu tive doente mesmo pra não pode levanta né, é outra coisa mais se eu pude me mexe e levanto eu não fico em cama não!

C: Pra me acha em cama tem que se muito sério.

C: Então o meu marido fala assim “se nunca perdeu essa mania de levanta cedo, pra que levanta cedo?”.

C: Eu digo que eu não gosto de fica de cama, se eu fica de cama pra mim me adoece mais ainda, e coisa leve assim um café assim eu boto no fogo eu faço, quem tem que sai sedo se quise toma café, sai tomado.

C: Quanto é pra mim vim sedo assim como no hospital, 20 pra 6 eu to na parada do ônibus, é por isso que eu chego aqui cedo, to te falando hum!

C: Não tem barra pesada comigo não!

C: Então eu acho o seguinte é por isso que eu me do bem, tem gente que eu nem nunca vi na vida, quando vai me vê diz: “há eu simpatizei com você, se é di onde”, eu falo, “ahhhh” eu morro

lá nos mato, eles perguntam aonde, eu digo numa chácara, o ônibus passa bem em frente da minha casa. Eles dizem que então não é mato não, digo é ora não é cidade!

C: Mas nem por isso eu vo trata mal ninguém, converso com o pessoal da vila tudo que reclama de tudo.

C: Então é o que eu sempre digo, eu to aqui pra consulta, eu não to aqui pra gosta de médico, ai a mulher da vila fala “é porque ele é tão chato” e falo, “pois eu não acho”.

C: Afinal de conta eu vo faze é uma consulta, um tratamento ou vo gosta do médico, não é?

C: Ah porque você é tão... Pois eu acho ele ótimo, ele conversa comigo, tem fez que ele brinca.

C: Às vezes... Tem uma amiga minha, que eu vi ela aqui hoje né, ela venho pega o vale aqui na V. Ah eu nunca te vi mais não sei o que, eu falei “ah mais eu to aqui de vez em quando” ela pensou que eu tinha desistido, eu digo eu não desisto, quando eu quero alguma coisa eu quero, eu não desisto. Ela falo que eu era animada, eu respondi que sô mesmo.

C: Então eu falo pra elas assim é... Tem uma amiga minha também, ela falo que tem muita dificuldade, ela não mora aqui né, ela disse que mora em Brazlândia, às vezes não tem passagem pra vim, fica pedindo um e outro pra vim, quando chega aqui que a V. das os vale pra ela volta, ela diz “ah eu já pensei tanto em desistir, dos tratamento, deixa de mão, to passando por muita humilhação”.

C: Eu falei assim “mais quem não podia ser humilhado foi Cristo, foi né”, a gente pra consegui as coisa tem que se humilha, ela disse que queria ser tão animada quanto eu, eu falei “pois não deseja não faça de obra” ela dano pra fica rindo.

C: Ela já ta pra acaba o tratamento!

C: O dela vai ser mais ligeiro do que o meu... Porque o doutor falo que ela só tem mais duas dose pra termina. Ela falo “ah mais você é danada, se me animo”, ah eu acho tão bom quando eu to desanimada e os outros me animam...

C: Então é o seguinte, a pessoa coloca a cabeça no lugar e seguir né!

C: Se tem que ir eu vo logo, eu sou assim, se eu tenho que vir aqui pro hospital ah vou espera o ônibus de 8 horas, não eu vou logo, tem que enfrenta!

A: Você como uma pessoa que conhece muito bem essa realidade de enfrentar o câncer, deve saber o que as demais mulheres com essa doença precisam.

C: Ah eu imagino sabe, inclusive tem paciente aqui que é, que eu arrumei uma amizade aqui mesmo, que ela mesmo falo pra mim que depende de comida, de leite, de roupa, de material pra menino estuda, dá qui mesmo, e é por isso que eu falo o hospital ele é muito importante porque ele ajuda as pessoas e essas pessoas que mais necessita é uma caridade muito grande sabe.

C: E ela me disse que não tem o que dizer aqui também porque se não fosse aqui o hospital ela não sabe como ela ia ta passando.

C: Então A. eu vo dize e eu vo repeti tudo de novo, se eu termina o meu tratamento, não precisa mais de vive em tratamento aqui, ou em lugar nenhum pode vocês fica na certeza que eu agradeço de mais de coração esse hospital aqui, porque eu não tenho o que reclama.

C: Nem do hospital, nem dos médicos até hoje, nem de você, nem de V. e nem de ninguém, eu agradeço de coração o que vocês fizeram por mim e continua fazendo porque é uma obra de caridade muito grande, não só pra mim, como pras outras.

C: Eu conheço muita gente que também passa muita necessidade, te falo sinceramente tem coisa que a gente fica..., Mais vence um dia.

A: A gente por aqui conhece e vê muitas historias diferentes de mulheres com câncer.

C: Na sala que eu fiquei internada, ficou uma senhora também de quarenta anos ela veio da Bahia, ela fez uns exames lá e veio pra cá, eu acho que ela não escapo...

C: Eu acho que não...

C: Porque os médicos que eu operei, no dia que eu tava indo de alta, eu vi os médicos conversando assim uns com os outros particular, que ia te que manda chama a família dela, porque achava que não tinha mais jeito, mais sabe porque numa parte ela mesmo falo pra gente, ela não tinha coragem de enfrenta a realidade.

C: Quando ela fez o exame lá, que o médico falo que deu positivo que ela ia te que se corta, claro que pra opera tem que corta né, ela disse que tinha medo de se corta, ela tinha medo de faze um exame, porque aquele exame da máquina, a pessoa tem que fica nu né!

C: Pra faze tem que tira né, ela tinha medo, nem só medo só como vergonha, então eu acho que isso é uma doença, porque eu acho que em um tratamento isso é normal, ela depois deixo o tempo passa... Passa, quando veio a reagi mesmo eu acho que não teve jeito.

C: Então eu acho que isso que, é que é a pessoa fica muito chateado, muito sei lá...

C: Ai ela disse que não tinha apoio da família dela, pra faze o tratamento, a hora que tinha que te uma pessoa pra dá uma palavra de conforto para ela que tinha que faze, que tinha que trata, que tinha que se cuida não tinha ninguém pra orienta ela, ai ela ficava com aquilo na cabeça né, já que eu vo morre mesmo não vo faze, quando veio se cuida foi tarde, ela não tinha mais pulmão, essa carne do braço nela aqui ta nu osso, lá nela.

C: Então eu acho o seguinte o se a pessoa tem que caça, tem que caça logo né, porque tarde não adianta né?

C: E essa coragem que graças à Deus sempre eu tive e tenho até hoje, quando falasse que tem que faze isso, tenho, tem coragem, até agora posso não te mais vo cria, mais tem que faze vamo faze.

C: Então eu agradeço muito à Deus por isso porque eu sô uma pessoa assim...

C: Eu penso assim vo faze uma, eu vo faze, vo reagi, vo consegui, vai da tudo certo e acaba dando tudo certo, então eu acho o seguinte que a pessoa tem que se decidido, ou sim ou não.

C: E eu tenho muita coragem por isso porque minha mãe me ensinou uma coisa quando eu era bem pequenininha, se você fize uma coisa mal feita de pequeno, de grande vai faze do mesmo jeito, se você fize bem feito de pequenininha, quando cresce vai faze bem feita do mesmo jeito.

C: Então eu fiquei com aquilo né, já que tem que faze vamo faze as coisa do jeito certo, bota em ordem, bota em dia.

C: Se o médico fala que a gente tem que faze aquele tratamento, é que eles tão sabendo o que tem que faze né, então tem que faze, vamo faze a parte da gente e deixa a deles que né, resolvem.

C: Então é isso eu tive essas duas tragédias na minha vida mais nem por isso eu desesperei, nem por isso eu fiquei sozinha, nem por isso graças á Deus perdi marido, nem perdi mãe, nem perdi irmã, nem parente, nem amigo, nem amigas, fiz foi arruma mais.

C: Ta vendo então, eu falo o seguinte eu faço com muita fé, com muito amor e tenho fé em Deus que eu chego lá e to pra chega!

A: Câncer, essa própria palavra é muito difícil de falar pra quem tem essa doença...

C: Mais que é muito difícil é, porque o câncer ele mata mesmo né, nos começo eu pensava assim ai meu Deus do céu, vo morre!

C: Eu não vo escapa não, esse câncer no seio do lado do coração, que o meu foi do lado esquerdo né... Eu vo morre, com certeza.

C: Depois na mesma da hora vinha assim uma idéia na minha cabeça, que idéia ruim essa doida em?

C: Vo morre nada, vo encara a realidade!

C: Eu vo vence, Deus ta do meu lado, eu vo encara a realidade e vo consegui.

C: E ai eu tive o apoio de vocês da minha família, da minha vizinha também foi muito bom, eu não posso me reclama.

C: E encarei graças á Deus eu to bem!

A: Você sempre teve além de você mesmo gente para lhe apoiar.

C: Ó se eu ti conta, se eu ti disse que eu passo um dia sem ninguém me liga eu to mentindo. Eu to mentindo, há C. se ta bem? Eu to bem graças á Deus. Se vou na consulta, tu fez os exames? Fiz, claro fiz, tenho que fica boa!

C: Eu fui lá no setor de industrias faze a consulta da próxima, chegando lá o médico não foi, remarcar de novo, vai te que lá no hospital marca de novo, eu falei ai meu deus não faz isso comigo de novo. Ah mais já que tem que ir eu peguei o ônibus direto né, no vo nem passa em casa, cheguei ali era 3 e 40. Nossa o menino eu tava só estrela, mais vamo lá se não, não vo chega em casa não, remarquei peguei o ônibus e fui pra casa, cheguei em casa era 5 horas, cheguei lá minha mãe tava no telefone.

C: Ih mãe acabei de chega! Ela queria saber se eu tava fazendo esse tratamento direito se ta fazendo os exames direito, eu dize: “não se preocupa não, eu acabei de chega”.

C: Então a gente tem que faze a parte da gente porque as pessoa de fora se preocupa com a gente, também a gente tem que faze por onde né, então a gente tem que gosta da gente mesmo, faze as coisa pra gente mesmo.

C: Oh, o médico tiro a carne vermelha de eu come tiro o frango, só galinha caipira, eu falei ai, ai e peixe eu falei ai meu Deus do céu, bota eu só pra come só feijão e arroz, mais nem por isso porque ele falo que eu não posso fica comendo, eu vo fica comendo, vai que eu como e não dá certo e ai.

C: Então deixa a pessoa muito conformada, se é pra faze é se não é não é.

C: Mais alguma coisa?

A: Acho que não, mais se você quiser fala mais alguma coisa?

C: Eu quero falar o seguinte...

C: Quando eu cheguei aqui nesse hospital eu não conhecia ninguém, eu não tinha cartão daqui, eu vim informada pelo médico de lá, então de cara que eu primeiro vi que falo comigo foi uma pessoa muito estranha que eu nem sabia da onde tinha vindo, nem que trabalhava ali, que essa pessoa ta em frente a mim!

C: É o A. e a V.!

C: A V. chegou lá, me viu assim sentada e chorando, perguntou o que, que eu tinha, eu olhei nela assim e eu pensei assim será se eu fala pra ela, ela vai me ajudar no meu problema, ai eu falei nada! E ela disse “nada não, a pessoa não chora sem motivo!”.

C: Ai a minha vizinha do lado falou assim “não é porque ela levou um impacto assim muito grande, ela ta com problema do câncer” ai a moça do balcão falou que não tinha vaga pra mi atende naquele dia, ai a V. foi lá e falo assim “olha, ela ta com problema e foi encaminhado pelo

médico de Planaltina” aí a moça do balcão pegou o pedido né, e entrou lá dentro do consultório do médico, aí o médico falo assim “hora que essa senhora sai, você chama ela e faz a ficha dela”.

C: Então quer dizer se eu fosse uma pessoa assim que tivesse ficado calada, naquele mesmo dia eu não tinha conseguido nada né, porque eu não conhecia ninguém eu tava mal humorada, só chorando, ninguém ia adivinha.

C: A partir desse dia o médico pediu os exames e pediu para eu retornar na segunda-feira pra interna e internei e deu tudo bem, operei, fiz os exames, to fazendo o tratamento e to aqui até hoje, não sei quando vou sair daqui.

C: É sinal que to gostando né? (risos)

A: (risos) mais ta vencendo né?

C: Então o que falo olha, eu acho que a pessoa tem que manter a fé dele direto porque não é fácil!

C: Mas se a pessoa tive fé consegue!

C: Bom é só isso que eu tenho a dizer.

A: Muito obrigado!

C: Deus te ajude que você consiga teu trabalho e teus estudos, espero quando for se formar ou for casar você me convide ta! (risos)

A: (risos)

C: Mais se precisa de mim de alguma coisa, to a disposição pra você pra V., pra quem me ajuda, pra mim não tem...

C: Eu pra não vim mesmo só se Deus me livre tive doente numa cama e não pude levanta, mais se eu pude fala e vocês quiserem ih lá, to disposta!

C: (risos)

A: (risos) Obrigado!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMARGO JR, Kenneth Rochel. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. Revista de Saúde Coletiva – PHYSIS. Vol. 2, número 1, 1992.
- DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella, (orgs.) (2002). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- GONZÁLEZ REY, F.(2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____ (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____ (2004) *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- IBÁÑEZ, Elena; VALIENTE, Maria; SORIANO, José (2002). *Uma historia de la psico-Oncologia: Del câncer e la psicologia e vice-versa*, em DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella, (orgs.) *Territórios da psicologia oncológica*.Lisboa: Climepsi Editores.
- JUSTO, João Miranda (2002). *Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações*, em DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella, (orgs.) *Territórios da psicologia oncológica*.Lisboa: Climepsi Editores.
- MANNINO, Carla Rosana. *Psicologia e Câncer*. Disponível em www.clinionco.com.br. Acesso em 14 fev 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

NACAPAN, Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer. *Manual do paciente*. Disponível em graziamarquez@uol.com.br ou pelo telefone 0800.558166.

NEUBERN, Maurício S. (2004). *Complexidade e psicologia clínica: desafios epistemológicos*. Brasília: Edtiora Plano.

TRILL, Maria Die (2002). *Cultura e câncer*, em DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella, (orgs.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.

VELUDO, Cássio; MAZALI, Leonardo; ÁVILA, Raquel. *O sentido subjetivo do câncer na família: o impacto sobre as formas de organização familiar e de enfrentamento da doença*. Pesquisa desenvolvida pela Universidade de Brasília - UNB sob orientação do Professor FernandoLuis González Rey.